

AUTISMO: INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN

Autora: M^a Jesús Burgos Ufarte

Intervención Psicológica en ámbitos Clínicos y Sociales

Junio 2013

Tutor: Antonio Molina Moreno

INDICE

Primera parte

1. INTRODUCCIÓN AL CENTRO DE ORIENTACIÓN E INTERVENCIÓN	4
1.1 Sesiones prácticas	5
1.2 Plan de actuación	7

Segunda parte

2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Historia	9
2.2 Trastorno del Espectro Autista (TEA)	10
2.3 Cómo y cuando aparece el autismo	12
2.4 Explicaciones psicológicas y neurobiológicas del trastorno. Causas	13
2.5 Características Clínicas	16
2.6 Detección, Diagnóstico y Evaluación	16
2.6.1 DSM-IV	17
2.6.2 CIE- 10	18
2.6.3 IDEA	19
2.7 Intervención	21
2.7.1 Intervenciones Psicodinámicas	21
2.7.2 Intervenciones biomédicas	22
2.7.3 Intervenciones Psicoeducativas	22
2.8 Modelos Psicoeducativos	23
2.8.1 Modelo DIR y Floor time	25
2.8.2 Modelo Lovaas	30

2.9 Sistemas aumentativos de la comunicación	31
2.9.1 Sistema de comunicación por intercambio de imágenes Pecs	31
2.9.2 Programa de comunicación total Beson Schaeffer	33
2.10 Lenguaje y Comunicación	35

Tercera Parte

3. ESTUDIO DE CASO	38
3.1 Historia personal	38
3.2 Historia familiar	38
3.3 Objetivos	38
3.4 Método	40
3.5 Actividades	41
3.6 Resultados	47
3.7 Discusión	52
4. VALORACIÓN PERSONAL	53
5. ANEXOS	54
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

1. INTRODUCCIÓN AL CENTRO DE ORIENTACIÓN E INTERVENCIÓN

El presente escrito es una breve aproximación al trabajo realizado durante la realización de prácticas externas en el Centro de Orientación e Intervención Integral (COI). En concreto el centro realiza intervenciones individualizadas a niños con trastornos del espectro autista. También se presenta un pequeño seguimiento sobre M.; al que se le aplica terapia a todos los ámbitos; educativo, social y familiar. A través del modelo de intervención que realiza el equipo del centro; los niños diagnosticados de trastorno de espectro autista van adquiriendo habilidades que les ayuda a manejarse en su vida diaria. De esta forma y siempre a nivel personal, muestro la importancia de realizar intervenciones en niños con este tipo de trastornos, independientemente del nivel, para lograr dicho objetivo.

Siguiendo la filosofía del centro, afecto y emociones son el rol central en la adquisición de nuevas habilidades, sobre todo de la intención comunicativa, comportamientos sociales, acceso a ideas simbólicas y pensamiento lógico (habilidades cognitivas). Es por ello que las intervenciones están basadas en el momento de desarrollo, diferencias individuales (habilidades o limitaciones) e interacción con el niño. A través de Floor Time (estrategia de intervención e interacción) se consigue crear vínculos de afecto y comunicación. Se realiza una estimulación cara a cara en la que se fomenta la formación del vínculo afectivo, creando un ambiente para que el niño movilice sus capacidades interactivas, lingüísticas y de exploración, tanto motora como sensorial. Esta estrategia facilita el aprendizaje a través del modelo Lovaas, modelos de referencia del centro para el aprendizaje de habilidades cognitivas, de autonomía personal, etc.

He decidido incluir una aproximación teórica tanto al concepto de autismo como de aquella información que será de gran ayuda para entender lo aprendido en prácticas, así como; para saber de qué forma se puede trabajar con niños autistas.

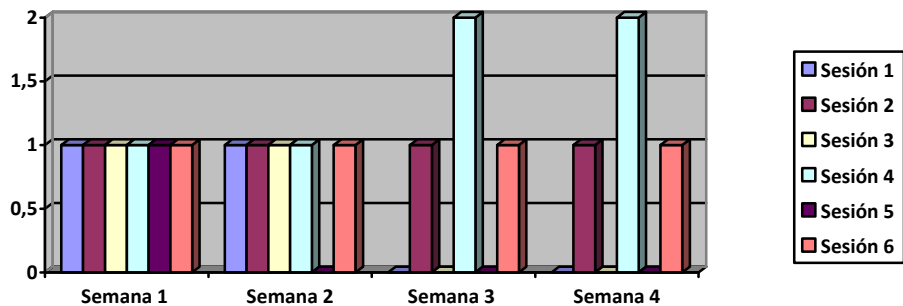
La realización de la terapia se realiza en el ámbito natural del niño, es decir, en el domicilio familiar, aunque como mencioné anteriormente; abarca todos los ámbitos en los que el niño autista pueda presentar deficiencias y/o problemas. Es decir, no sólo se limita a la intervención en situaciones que puedan ocurrir en casa, sino que se trabaja para la mejora de la calidad de vida de estos niños y para que puedan desarrollar habilidades que les ayuden a nivel académico, social, familiar, etc (generalización de lo aprendido) .

La metodología utilizada son terapias psicoeducativas, en concreto terapias conductuales (Lovaas, modelo de referencia) y evolutivas (modelo DIR, Floor time). Para el desarrollo de comunicación también se hace uso de otros métodos como son los sistemas aumentativos de la comunicación (Pecs y Beson Schaeffer). Cada intervención es llevada por dos terapeutas de las ocho que componen el centro. Una es terapeuta y otra coterapeuta. Cada una trabaja dos días a la semana durante noventa minutos cada uno. Al final de cada sesión se realiza un pequeño informe con lo ocurrido durante la sesión, al día siguiente antes de comenzar la sesión deben leer dicho informe. Además se realizan reuniones entre ambas semanalmente y quincenalmente con el equipo para presentar posibles dificultades en la intervención, valoración, etc.

Debido a que a lo largo de este trabajo explico los diferentes modelos utilizados por el centro para la intervención, que además; apporto una muestra de las diferentes actividades llevadas a cabo durante las sesiones, descritas en el apartado de CASO PRÁCTICO, he decidido omitir esa información en esta presentación con el fin de no ser repetitiva y para que a lo largo de este trabajo se vaya adquiriendo la información de forma ordenada tal como está estructurado en cada apartado.

1.1 Sesiones prácticas

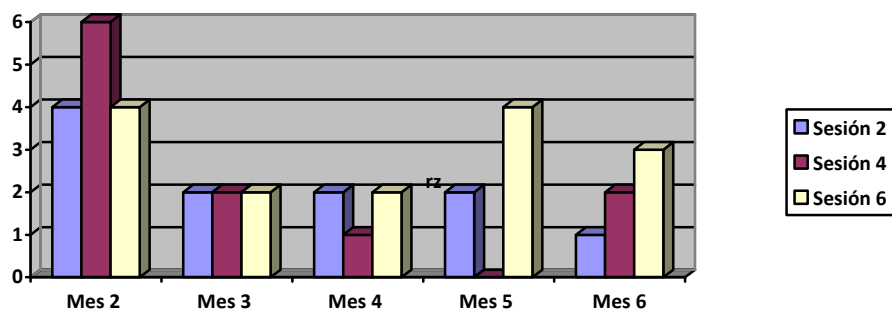
Para realizar cada sesión ha sido necesario el desplazamiento en todo momento al domicilio de cada niño, los días y horas establecidas, durante el periodo de tiempo que se ha dedicado a la realización de prácticas. Cada sesión sigue la misma estructura en cuanto a la realización de actividades. En algunos casos se modifican cada una de ellas para mantener la motivación del niño durante estas, pero teniendo en cuenta el objetivo a seguir. He de señalar que aunque la sesión esté estructurada esta puede ser modificada, pues el estado (p.e emocional) del niño o contratiempos (como rabietas) pueden hacer que la sesión se “desvíe” o se deba trabajar sobre otros aspectos “no planificados” para ese momento y día. En el apartado 3.3.2 ACTIVIDADES, expongo un ejemplo de las actividades realizadas, en concreto las que se llevan a cabo con M. durante mi periodo de prácticas. A continuación muestro un pequeño gráfico de sesiones, resumen de mi asistencia en el Centro de Orientación e Intervención.



*Cada sesión corresponde al nombre de cada niño, al tratarse de menores de edad se ha decidido omitir el nombre y cualquier dato de información personal.

Durante el primer mes (Octubre), realicé visitas (90 minutos cada una) a casi todos los niños que son asistidos por las terapeutas, para conocer los diferentes grados de autismo (ver apartado de IDEA) y las distintas actividades que se estaban realizando según los objetivos, con cada uno de ellos, priorizando la asistencia a las sesiones de M.

Debo mencionar que no ha sido posible visitar todos los niños ya que las sesiones al ser realizadas en el domicilio debemos contar con la aprobación de los padres, lo cual, como es de suponer y totalmente comprensible no siempre contábamos con ella. Tampoco he asistido todos los días semanalmente (con M.); ya que las horas se solapan unos con otros. Por lo que decidí de los cuatro días que los niños recibían terapia, asistir a dos sesiones semanales con el mismo niño, siempre que fuese posible.



Este segundo gráfico hace referencia a los meses siguientes (Noviembre, Diciembre, Enero, Febrero, Marzo y Abril) en los que realicé las prácticas. Como el periodo de tiempo había sido corto el centro me dio la opción de poder seguir asistiendo después del mes de febrero; fecha fin establecida para la finalización de prácticas. Lo cual, me dio la posibilidad de poder realizar la segunda evaluación a M. tras cinco meses de terapia, en vez de los tres que habíamos establecido para la intervención.

1.2 Plan de actuación

Si se tiene en cuenta las dificultades del propio trastorno, la historia clínica y evolutiva personal y las variables determinantes de las diferentes evaluaciones realizadas a través del análisis funcional de las conductas, estaremos en mejor disposición de elegir el grupo de técnicas o modalidades de intervención a aplicar. Este sería el primer paso que se realiza desde el centro antes de comenzar cada intervención. A través de una entrevista con los padres y evaluación del niño se recoge la información necesaria para diseñar la intervención.

Cuando se habla de evaluación se hace referencia al proceso por el cual se recoge información, en este caso fortalezas y debilidades del niño, estableciendo un perfil único que nos ayudarán en la planificación de la intervención. A través de IDEA (apartado 2.6.2), se evalúa la severidad de los rasgos autistas, que ayuda a plantear los objetivos generales de intervención para cada niño, dependiendo de la puntuación obtenida en cada nivel. Permite además efectuar cambios a medio o largo plazo debido a los efectos de la intervención. Una vez realizada la evaluación y valoración de necesidades, se plantean los objetivos específicos teniendo en cuenta la información recogida hasta el momento. En último lugar se pasa a la intervención. El centro no se rige por un solo modelo de intervención, desde sus comienzos se trabaja con terapias Psicoeducativas, en concreto con el programa Lovaas, a través del cual se consigue mejorar habilidades como atención, imitación o discriminación. En un principio fue un programa muy útil, se consiguieron grandes avances en el desarrollo de niños con los que se trabajaba; pero poco después como se menciona en el apartado 2.8.2 (Modelo Lovaas), los problemas que plantea dicho programa se hicieron patentes. La evolución y desarrollo por parte de los niños era evidente pero a nivel de CI, además el aprendizaje era demasiado estructurado por lo que no era representativo de las relaciones naturales que se establecen entre el niño y el adulto. Siguiendo la filosofía de enseñanza del Modelo DIR se decidió incorporar a la intervención, la estrategia Floor Time. A través de ella se trabajaría una parte que se había dejado de lado, afecto y emociones, lo que crearía un vínculo emocional entre el niño y terapeutas, además trabajar estos aspectos, provocaba la adquisición de habilidades todavía no adquiridas incluso en niños con los que se había trabajado durante dos años. Al mismo tiempo incorporaron algunos aspectos que consideraron necesarios para conseguir mejores resultados en el desarrollo evolutivo de niños con autismo. Por ejemplo, la participación activa por parte de los padres, formación tanto en la estrategia Floor Time como en la enseñanza y educación de sus hijos, y adaptación de actividades académicas así como compromiso de trabajo en equipo con el centro educativo.

Además de un protocolo de actuación como ya se ha descrito, el centro propone una serie de requisitos para iniciar la intervención, todos ellos al igual que esta, están pensados para obtener los mejores resultados de ella.

- Las sesiones han de ser de noventa minutos; cuatro días a la semana.

- La familia ha de estar implicada en el proceso e incluso debe ser formada en ciertas actividades que mejoran la relación adulto – niño así como su educación. Durante la sesión alguno de los progenitores ha de estar presente si así se requiere, en caso de lo contrario las sesiones no pueden ser interrumpidas.

- En casa debe existir un lugar preparado para el trabajo del niño, puede ser su habitación u otra destinada a ello. En ella debe haber una mesa y dos sillas adecuadas a la edad y altura del niño, una para él, otra; para la terapeuta.

- El material de trabajo (así como juguetes destinados a ello) en todo momento han de estar en la habitación, organizados en estanterías donde el niño no tenga acceso o bien guardado en un armario, de igual forma que no pueda ser utilizado por el niño.

En términos generales se realiza un trabajo en equipo, donde los objetivos y pautas son propuestos por el centro de intervención pero el trabajo es realizado tanto por las terapeutas asignadas a cada niño, como la familia y centro donde está escolarizado. En algunos casos incluso se realiza un trabajo multidisciplinar, donde además de psicólogos participan logopedas y terapeutas ocupacionales.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 HISTORIA

Toda aproximación al tema del autismo infantil debe comenzar por hacer referencia a los pioneros, Leo Kanner y Hans Asperger, que de manera independiente, fueron los primeros en publicar una descripción de dicho trastorno. La publicación de Kanner vio la luz en 1943, la de Asperger en 1944. Ambas contenían detalladas descripciones de casos que suponían los primeros intentos teóricos de explicar el trastorno. Los dos autores creían que había una alteración biológica desde el nacimiento que provocaba problemas muy característicos.

Tanto Kanner, que trabajaba en Baltimore, como Asperger, que lo hacía en Viena observaron casos de niños extraños que tenían en común algunas características fascinantes. Sobre todo, los niños parecían incapaces de mantener relaciones normales con sus iguales. Para ellos la alteración se producía desde el principio de la vida.

Kanner comenzó su artículo, titulado “Alteraciones autistas del contacto afectivo”, de este modo: “Desde 1938 nos han llamado la atención varios niños cuyos cuadros difieren, de forma tan notable y única, de todos los que se conocían hasta ahora, cada caso merece – y espero que reciba con el tiempo- una consideración detallada de sus fascinantes peculiaridades ” (Frith, 1989 pp.21)

Las observaciones de Kanner sirvieron como punto de referencia para definir las características más importantes del autismo clásico. Aunque el concepto a lo largo de los años ha sufrido algunas modificaciones, las características, soledad del autista, deseo de invariancia e islotes de capacidad sirven de punto de referencia para definir las características más importantes del autismo clásico.

Soledad autista: El trastorno principal es la incapacidad que tiene estos niños de relacionarse con normalidad, desde el comienzo de la vida, con personas y situaciones. Desde el principio el niño siempre que le sea posible, desatiende, ignora y excluye todo lo que viene de fuera.

Tiene buena relación con los objetos, algunos les interesan e incluso juega con ellos, pero con las personas las relaciones son diferentes. Una profunda soledad domina toda su conducta.

Deseo de invariancia: Existe una limitada diversidad de actividades espontáneas, la conducta del niño se rige por un deseo obsesivo de mantener la invariancia.

Islotes de capacidad: Suelen tener un excelente vocabulario (los autistas verbales), excelente memoria de episodios sucedidos varios años antes, buena memoria mecánica de poemas y nombres y el recuerdo de patrones y secuencias complejas indican la existencia de una buena inteligencia. A Kanner le llamó especialmente la atención el fenómeno de la ecolalia. Los niños repetían fragmentos lingüísticos que habían oído pero eran incapaces de utilizar el lenguaje para dar a entender algo más que sus necesidades inmediatas. La ecolalia explica en gran parte la inversión de pronombres que Kanner destacó en sus escritos.

Ambos autores, Kanner (1943) y Asperger (1944), hicieron hincapié en las peculiaridades de la comunicación y dificultades de adaptación social de los niños con autismo. Los dos prestaron especial atención a los movimientos estereotipados y a los patrones, desconcertantes e irregulares de los logros intelectuales. Les impresionaba las hazañas esporádicas de destreza intelectual en áreas restringidas.

2.2 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

He hasta aquí la primera definición de autismo, la cual, es la base de lo que hoy se conoce como autismo clásico de Kanner. Pero existe una limitación del concepto al obviar o considerar como secundarias las dificultades en lenguaje u otros síntomas.

Desde los años setenta se han realizado muchos avances sobre autismo además de llegar a un nuevo concepto utilizado actualmente, *trastorno de espectro*.

En 1989, Wing sugiere que más que pensar rígidamente en términos de un síndrome de autismo, deberíamos ser conscientes de que existe un continuo de trastornos autistas. Esta autora considera que el síntoma nuclear de este trastorno es la deficiencia social. Los niños con esta deficiencia social se caracterizan por una tríada de déficit en reconocimiento social, comunicación social y comprensión social. Wing considera que un niño se halla en el continuo autista, si muestra esta tríada de deficiencias sociales, con independencia de la existencia o no de otros síntomas. La validez de pensar en términos de un continuo del trastorno; es que permite retener la terminología y las definiciones que pertenecen al síndrome nuclear, a la vez que apreciamos las relaciones con otro tipo de trastornos más suaves.

Wing y Gould en el año 1979 estudiaron la incidencia de deficiencia social severa en una población amplia, observaron que todos los niños que presentaban una deficiencia social severa también tenían los síntomas principales del autismo. El autismo nuclear tan sólo estaba presente en un 4.8/10.000, mientras que en la medida en que es menor el cociente intelectual más frecuentes son los rasgos de espectro autista, hasta el punto de encontrar una incidencia de 22.1/10.000, prácticamente cinco veces más que la incidencia nuclear de autismo. Por tanto, los niños que están afectados por

dificultades similares en la reciprocidad social, la comunicación y presentan un patrón restrictivo de conductas aún sin ser estrictamente autistas, precisan de los mismos servicios y tratamiento que necesitan las personas con autismo.

Una posible forma de entender las relaciones que se establecen entre el *autismo*, como trastorno nuclear y prototípico, *los trastornos generalizados del desarrollo* y *los trastornos de espectro autista* es la representación gráfica que se ejemplifica en la figura 1. Como puede observarse en primer lugar, todo diagnóstico de autismo es también un trastorno generalizado del desarrollo y un trastorno de espectro autista. En segundo lugar, no podemos asumir que un trastorno generalizado del desarrollo (p. e. Síndrome de Rett o Trastorno desintegrativo de la infancia) sea estrictamente un cuadro de autismo aunque sigue siendo un trastorno de espectro autista. Por último un niño con espectro autista (por ejemplo, retraso mental severo con rasgos autistas) no puede ser entendido ni como un trastorno generalizado del desarrollo ni como cuadro de autismo.

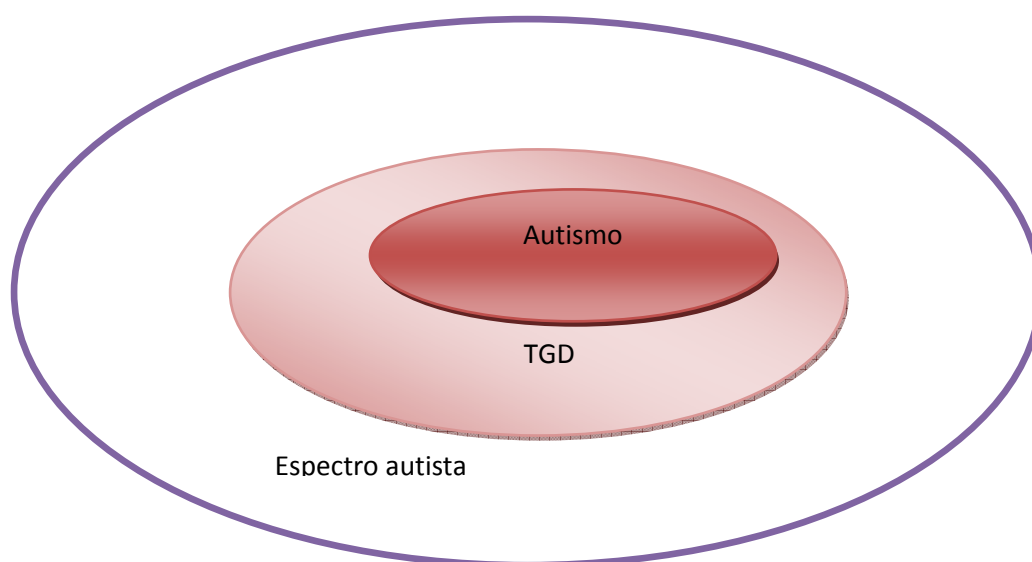


Figura 1. Relaciones entre Autismo, Trastornos generalizados del desarrollo y Espectro Autista.

Es todavía materia de discusión qué trastornos deben estar incluidos y cuáles no en el concepto de espectro autista así como la extensión de este mismo concepto. La identificación entre Trastornos Generalizados del Desarrollo y Trastornos de Espectro Autista, dejaría fuera a otros trastornos que sin cumplir estrictamente los criterios para el diagnóstico de un TGD, presentan rasgos autistas muy marcados o incluso aquellos otros que están limítrofes con otro tipo de trastornos (por ejemplo: los casos graves de trastorno específico del desarrollo, algún trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos del hemisferio derecho, etc.).

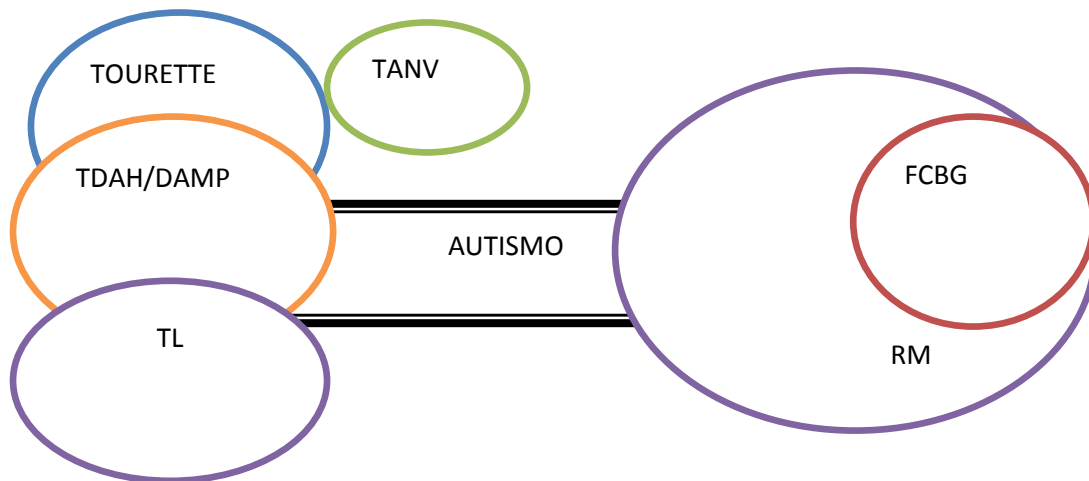


Figura 2. Ubicación de los trastornos del desarrollo que pueden situarse en las fronteras del autismo. DAMP: déficit de atención, del control motor y de la percepción; TANV: trastorno del aprendizaje no verbal; RM: retraso mental; FCBG: fenotipos conductuales de base genética próximos al autismo (Tomado de Mulas, 2005).

2.3 COMO Y CUANDO APARECE EL AUTISMO

En el autismo cabe la posibilidad de que los primeros signos pasen inadvertidos. Con frecuencia es difícil saber qué despierta las primeras sospechas de la familia.

Anna Lovell (madre de Simón, autista), afirma: *“En mi opinión, uno de los aspectos más exquisitamente crueles del autismo infantil precoz es que, para los padres, es muy lento el proceso de darse cuenta de que a su hijo le pasa algo”*. (Frith, 1989 pp. 28).

Hacia los 18 meses, los padres describen las primeras manifestaciones de alteración en el desarrollo. Como una especie de parón en el desarrollo. El niño pierde el lenguaje adquirido. Muestra una sordera paradójica por la que no responde cuando se le llama ni cuando se le dan órdenes y, en cambio, reacciona a otros estímulos auditivos (por ejemplo, los anuncios de la TV).

Deja de interesarse en la relación con otros niños. Gradualmente se observan conductas de aislamiento social. No utiliza la mirada y es difícil establecer contacto ocular con él. Por otro lado, la actividad funcional con los objetos y el juego es muy rutinaria y repetitiva. No muestra ni desarrolla actividad simbólica. Hace casi siempre las mismas cosas, rutinas y rituales. Muestra oposición a cambios en el entorno y se perturba emocionalmente, a veces, de forma intensa cuando se producen cambios aunque estos sean mínimos.

Rivière (2000) nos aporta algunas respuestas a la posible significación que tiene este habitual proceso que nos describen las familias. De los estudios llevados a cabo parece desprenderse la idea de la existencia de un *patrón prototípico* de presentación del

trastorno que se caracteriza por **(1)** una normalidad aparente en los ocho o nueve primeros meses-de desarrollo, acompañada muy frecuentemente de una característica "tranquilidad expresiva"; **(2)** ausencia (frecuentemente no percibida como tal) de conductas de comunicación intencionada, tanto para pedir como para declarar, en la fase ilocutiva del desarrollo, entre el noveno y el décimo séptimo mes, con un aumento gradual de pérdida de intersubjetividad, iniciativa de relación, respuestas al lenguaje y conducta de relación y **(3)** una clara manifestación de alteración cualitativa del desarrollo, que suele coincidir precisamente con el comienzo de la llamada fase locutiva del desarrollo. En esta fase resulta ya evidente un marcado aislamiento, limitación ausencia del lenguaje, sordera paradójica, presencia de rituales, oposición a cambios y ausencia de competencias intersubjetivas y de ficción.

Es de gran interés preguntarse el ¿por qué? de esta presentación tan *peculiar* del trastorno y, además, en un momento evolutivo como el que se ha reseñado. ¿Qué puede estar ocurriendo, desde finales del primer año de vida, en el desarrollo del niño tanto desde el punto de vista neurobiológico como psicológico para que se observe ese patrón tan característico?

2.4 EXPLICACIÓN PSICOLÓGICA Y NEUROBIOLÓGICA DEL TRASTORNO.

Cuando el bebé humano ha construido mecanismos de intersubjetividad secundaria (Trevvarthen *et al.*,1998), cuando se han establecido las relaciones triangulares entre el mundo de los objetos, la madre y el bebé, cuando el bebé es capaz de coordinar esquemas de objetos (esquemas de acción) con esquemas para las personas (esquemas de interacción), se producen desarrollos psicológicos cualitativamente muy importantes en el desarrollo humano y que van a experimentar una eclosión muy significativa en torno hacia los dieciocho meses.

¿Cuáles son esos desarrollos psicológicos? Se pueden resumir en los siguientes: **(1)** el comienzo de la inteligencia representativa y simbólica, el niño domina esquemas de conocimiento de carácter representativo y simbólico; **(2)** el desarrollo de la autoconciencia y, por tanto, la posibilidad de evaluar la propia experiencia y en concreto la posibilidad de compartir la experiencia con el otro; **(3)** las primeras estructuras combinatorias del lenguaje con inicio en la sintaxis y formas rudimentarias de "conversación. El lenguaje se utiliza fundamentalmente para comentar, pedir y obtener atención y **(4)** el desarrollo de la actividad simbólica y el juego de ficción. El niño normal, hacia los 18 meses, realiza actos simbólicos frecuentes y un juego relacionado con las rutinas diarias.

Es cuando están emergiendo, desarrollándose y ampliándose todas las funciones psicológicas tan relevantes en el desarrollo humano, cuando los padres de niños con autismo tienen, en la mayor parte de los casos, una sospecha certera de que algo raro está ocurriendo con su hijo.

Desde el punto de vista neurobiológico también es altamente llamativo que desde finales del primer año de vida se produzca un incremento significativo de las conexiones neuronales entre lóbulos frontales, sistema límbico y zonas temporales (Rogers y Pennington, 1991). Parece, por tanto, que el autismo puede relacionarse con una alteración en los mecanismos neurobiológicos (mecanismos que parecen implicar interrelaciones delicadas entre estructuras límbicas y áreas neocorticales de los lóbulos temporales y frontales) que constituyen el substrato del desarrollo de las capacidades que posibilitan la adquisición de funciones superiores (Rivière, 1998). El hecho de que las estructuras límbicas (amígdala y regiones relacionadas) estén alteradas además, nos dan la explicación a las deficiencias en la atención compartida, la reciprocidad afectiva y limitaciones para una “teoría de la mente” existente en este tipo de trastornos (Mulas, 2005).

Si hablamos de causas del autismo no debemos obviar las dos teorías sobre las que desde principios del concepto han sido consideradas como factores causantes del trastorno. Como señala Frith (1989), por un lado están los que conceden más importancia a la predisposición genética y los que lo hacen a los factores del entorno.

Factores genéticos

Los investigadores tratan de hallar genes que predispongan al trastorno en familias con uno o más miembros autistas. Se ha calculado que el riesgo de que un segundo hijo padezca algún tipo de trastorno autista es de un 3 a un 6% que debe compararse con un 0.6% que corre la población normal, lo que supone que es entre cinco y diez veces mayor.

El primer estudio de gemelos que se realizó fue en 1977. Folstein y Rutter reunieron 21 pares de gemelos varones, en los que al menos uno miembro era autista. El objetivo era calcular el grado de concordancia, ¿sería frecuente el autismo en gemelos cuando eran genéticamente idénticos, que cuando fueran gemelos fraternos? Hay que tener en cuenta que ni las enfermedades claramente genéticas se esperan una concordancia del 100%. Los resultados mostraron que en el autismo clásico se halló una concordancia de cuatro de cada once pares idénticos, lo cual, es una prueba importante, pero no definitiva, de la existencia de causas genéticas. Los investigadores descubrieron algo más, los pares de gemelos idénticos en los que no se halló concordancia padecían de hecho, un tipo más leve de trastorno autista.

Una vez establecida la base genética del autismo, la localización de los genes que pueden predisponer al trastorno se ha convertido en un área de investigación que avanza con rapidez (Frith, 1989 p. 96-97).

Tabla 1. Fenotipos conductuales de base genética, relacionados con el autismo. Extraído de Mulas, F. 2005.

Síndrome de X frágil

Síndrome Angelman

Síndrome de Wiliams

Esclerosis tuberosa

La tabla anterior incluye síndromes de base gética que, además del retraso mental, pueden aproximarse al autismo o quedar incluidos de lleno en él.

Factores ambientales

Analizar las causas ambientales, plantea la posibilidad de evitar y prevenir el trastorno. Se cree aunque no se poseen pruebas que lo demuestren que la fenilcetourina, una enfermedad metabólica que posee una causa genética y un desencadenante ambiental, la fenilalanina, la cual el cuerpo no metaboliza y se encuentra en la mayor parte de los alimentos, que si en la dieta de una embarazada no se controla la ingesta de esta sustancia, la consecuencia de la enfermedad son daño cerebral y deterioro intelectual. El niño en un principio se desarrollaría normalmente a pesar de la predisposición. En esencia todo factor de riesgo ambiental que pueda producir daño cerebral al principio del desarrollo se considera una posible causa de autismo no genética, por ejemplo accidentes durante el embarazo y parto (simples complicaciones en el parto, uso de fórceps).

En algunos casos se ha citado a las infecciones víricas y la disfunción inmunitaria como causantes de autismo. Las enfermedades víricas pueden infectar al sistema nervioso central y producir daño cerebral permanente, si el sistema nervioso central se infecta en un periodo crítico, antes o después del parto, podría producirse autismo.

Se trata de una hipótesis que puede ser estudiada al comprobar la incidencia del autismo con relación a epidemias víricas conocidas por ejemplo, el herpes y citomegalovirus, estos pueden permanecer aletargados durante años pero se reactivan de vez en cuando. El sistema inmunitario nos protege de los daños causados por virus, pero podemos sufrir una disfunción por motivos genéticos. Las formas más graves de intolerancia inmunitaria de la madre provoca la muerte del feto. Las formas más leves interfieren en los procesos normales de crecimiento, por lo que pueden dar lugar a un trastorno del desarrollo. El interrogante de si la disfunción inmunitaria es la causa o el efecto de una anomalía cerebral sigue siendo una incógnita. Se sabe que una infección de la madre por rubeola en el primer trimestre de embarazo es muy peligrosa para el feto, por lo que en muchos países se ha erradicado la enfermedad mediante la vacunación temprana. Los niños afectados por rubeola padecen deficiencias sensoriales y muchos también autismo. Sin embargo, los estudios de seguimiento han mostrado una forma atípica y pasajera de autismo. El simple hecho de una enfermedad preceda al inicio de los síntomas no significa que sea la causa del

autismo. Es necesario tener en cuenta los mecanismos de entrada de un virus en el cerebro y los que hacen posible que se produzcan daños selectivos. (Frith, 1989 p.98-100).

2.5 CARACTERISTICAS CLINICAS

Las características clínicas iniciales del trastorno del espectro autista (TEA) se podrían definir, en referencia a la edad y a los signos de alarma de acuerdo con los eventos evolutivos de Muñoz Yunta, (Mulas, 2005 pp.57-59) de la siguiente forma:

Primer semestre de vida <ul style="list-style-type: none"> -No muestra postura anticipatoria al levantarlo en brazos. -No balbucea -Ausencia de sonrisa social -Contacto visual ausente -Fija la vista ante estímulos luminosos -Irritabilidad -Tiene prensión palmar, pero no mira el objeto -Trastorno del sueño 	Segundo semestre de vida <ul style="list-style-type: none"> -Indiferencia por los padres -No interviene en juegos de interacción social -No responde ni anticipa -Rudimentos de comunicación oral, ausencia de balbuceo y de jerga -No logra imitar sonido, gestos ni expresiones -No le interesan los juguetes ofrecidos -Muestra fascinación por sus manos y pies -Huele o chupa los objetos más de la cuenta -Sueño fragmentado
Segundo año de vida <ul style="list-style-type: none"> -Puede iniciar la marcha tardíamente -No se interesa por niños de su edad -No señala con intención de señalar o compartir -No comparte la atención ni interés con los demás -No desarrolla juego simbólico -Irritabilidad, es difícil de consolar -Posturas raras y movimientos extraños de manos y pies -Reacciones emocionales inapropiadas -Trastorno del sueño 	Tercer año de vida <ul style="list-style-type: none"> -Interés interpersonal limitado -Contacto visual escaso -Mira fijo al vacío o de forma inusual a los objetos -No desarrolla el habla, o viene s muy escasa, ecolalia -No le gustan los cambios, se irrita con facilidad -Rabietas y agresiones (auto y hetero) -Autoestimulación (balanceo, movimientos repetitivos, aleteo, girar sobre sí mismo, caminar de puntillas) -Destreza manipulativa (rompecabezas) -Hipoactividad y/o hiperactividad -Trastorno del sueño
Cuarto año de vida <ul style="list-style-type: none"> -Ausencia de lenguaje o ecolalia patológica -Voz de tipo peculiar, monocorde -Irritabilidad, berrinches frecuentes, agresión -Escaso contacto visual -Trastorno de la precepción táctil: un golpe fuerte parece no percibirlo, pero el simple roce de la piel puede provocarle una reacción desmesurada -Autoestimulación 	

2.6 DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL AUTISMO

El primer paso es la detección clínica del trastorno. Siempre que se tenga una detección positiva o bien se presenten dudas sobre la misma, se pasará a un segundo paso o segundo nivel: el diagnóstico del espectro autista.

Hasta el momento no existe ningún marcador biológico o test sencillo de laboratorio para la diagnosis del autismo y enfermedades relacionadas. De acuerdo a esto, los clínicos deben fiarse de su juicio clínico, ayudado de manuales de diagnóstico como Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV) y la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Así como por los resultados de instrumentos de evaluación, escalas o cuestionarios (Mulas, 2005, pp.75-76).

2.6.1 DSM IV Y CIE-10

Según el DSM IV:

A. Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse seis o más manifestaciones del conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3).

1.Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

- a. Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.
- b. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.
- c. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).
- d. Falta de reciprocidad social o emocional.

2.Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- a. Retraso o ausencia completa del desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos. o la mímica).
- b. En personas con habla adecuada trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
- c. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico.
- d. Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.

3.Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados. Expresados como en una de las siguientes manifestaciones:

- a. Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.
- b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
- c. Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos. Movimientos complejos de todo el cuerpo. etc.)
- d. Preocupación persistente por parte de objetos.

B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje, o (3) Juego simbólico.

C. El trastorno no se explica mejor por un Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez.

A. Presencia de un desarrollo anormal-disfuncional antes de los tres años de edad.

1. *Alteración cualitativa en la interacción social recíproca (manifestado en al menos tres de las siguientes cinco áreas):*

- a. Incapacidad para utilizar la mirada, la postura corporal, la expresión facial y el gesto para regular adecuadamente la interacción.
- b. Incapacidad para desarrollar (de modo adecuado a la edad mental y a pesar de contar con ocasiones numerosas para ello) relaciones entre iguales que supongan compartir intereses, actividades y emociones mutuas.
- c. Escasa frecuencia de la conducta de buscar y utilizar a otras personas como apoyo o para recibir afecto en momentos de tensión o malestar y/o ofrecer apoyo y afecto a otros cuando muestran malestar o infelicidad.
- d. Carencia de alegría compartida a partir del placer vicario causado por la felicidad de otras personas y/o búsqueda espontánea de compartir su propia alegría relacionándose con los demás.
- e. Carencia de reciprocidad socioemocional, evidenciada mediante las respuestas disfuncionales o desviadas a las emociones de las demás personas; y/o carencia de modulación de la conducta de acuerdo al contexto social; y/o integración socio emocional y conductas comunicativas escasas.

2. *Alteración cualitativa de la comunicación (dos de las siguientes cinco áreas):*

- a. Demora o carencia total de lenguaje hablado que no se acompaña de un intento de compensar mediante el uso de los gestos o la mímica como modelos alternativos de comunicación.
- b. Una relativa incapacidad para iniciar o mantener el intercambio conversacional (en el nivel de habilidades lingüísticas presentes) en el que haya respuestas recíprocas de ida-y-vuelta en la comunicación con la otra persona.
- c. Empleo repetitivo y estereotipado del lenguaje y/o uso idiosincrásico de las palabras y frases.
- d. Anomalías en el tono. Énfasis, ritmo y entonación del habla.
- e. Carencia de juego simbólico espontáneo o, de más pequeño, carencia de juego social de imitación.

3. *Patrones de conducta, intereses y actividades limitadas, repetitivas y estereotipadas (dos de las siguientes seis áreas):*

- a. Constante preocupación por los patrones de interés limitados y estereotipados.
- b. Apegos específicos hacia objetos inusuales.
- c. Adhesión aparentemente compulsiva hacia rutinas y rituales disfuncionales y específicas.
- d. Manierismos motores estereotipados y repetitivos que implican o bien la agitación de dedos/manos o la torsión o movimientos complejos de todo el cuerpo.
- e. Preocupación por partes de objetos o elementos no funcionales de los materiales de juego (tales como el olor, el tacto de su superficie o el ruido/vibración que generan).
- f. Malestar a causa de cambios en detalles del entorno menores, no funcionales.

B. El cuadro clínico no es atribuible a otras variedades de trastornos generales del desarrollo; trastorno específico del desarrollo del lenguaje receptivo con problemas secundarios socioemocionales; trastorno reactivo del apego o trastorno del apego desinhibido; retraso mental con trastornos emotivo/conductuales asociados; esquizofrenia de comienzo inusualmente temprano y síndrome de Rett.

2.6.2 IDEA

IDEA, es sin duda, uno de los mejores inventarios para evaluar a niños autistas. Fue ideado por **Ángel Rivière** (ver ANEXO I). Su aplicación se efectúa cuando hay sospechas evidentes de la presencia de un Trastorno del espectro autista (TEA). Su interés radica en que nos ofrece 3 utilidades principales:

- a) Establecer al inicio y dentro del proceso diagnóstico, la severidad de los rasgos autistas que presenta la persona. Es decir, su nivel exacto dentro de cada una de las dimensiones descritas.*
- b) Ayudar a formular objetivos de intervención generales y específicos para cada niño o persona que sufra el trastorno en función de las puntuaciones que obtenga en cada nivel.*
- c) Nos permite efectuar una medida de los cambios a medio y largo plazo que pueden producirse por el efecto de la intervención o tratamiento. De esta forma podemos valorar su eficacia y la conveniencia de modificarla.*

Desarrollado en 1.997 a partir de la conocida triada de Wing (1.988), el autor describe doce dimensiones del desarrollo que consideraba siempre alteradas en los TEA:

A- Relaciones sociales.

- 1. Trastornos cualitativos de la relación social.
- 2. Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjunta).
- 3. Trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.

B- Área de lenguaje y comunicación.

- 4. Trastorno de las funciones comunicativas.
- 5. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo.
- 6. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo.

C- Área de flexibilidad mental y comportamental.

- 7. Trastornos de las competencias de anticipación.
- 8. Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental.
- 9. Trastornos del sentido de la actividad propia.

D- Área de ficción e imaginación.

10. Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción.
11. Trastornos de la imitación.
12. Trastornos de la suspensión (la capacidad de hacer significantes).

La intención principal del inventario es trazar un perfil para conocer cuáles son las áreas más afectadas y las mejor conservadas con la finalidad de poder trazar un plan de intervención individualizado. Por ello la puntuación resultante de cada dimensión nos aportará 12 resultados que conforman el perfil individual. Además, el inventario nos proporciona también una puntuación total que es la resultante de la suma de las 12 dimensiones. El total puede oscilar entre los extremos de 0 y 96.

Siguiendo el planteamiento de Lorna Wing, se planteó la hipótesis de la existencia de distintos grados de afectación a lo largo de un continuo. En concreto se señaló dentro de los TEA los siguientes niveles:

Nivel 1: Autismo Clásico tipo Kanner.

Es el nivel que cursa con mayor afectación y correspondería a puntuaciones altas del *IDEA entre 70 y 96 aproximadamente.*

Nivel 2: Autismo Regresivo

Se denomina así dado que se presenta la pérdida de capacidades aprendidas. Después de una etapa evolutiva aparentemente dentro de la normalidad se pierde el contacto ocular, el lenguaje y otras habilidades cognitivas.

Puntuaciones en el IDEA aproximadamente entre 50 y 70.

Nivel 3: Autismo de Alto funcionamiento

Hay todavía gran controversia entre especialistas en esta denominación ya que puede solaparse en cierta medida con el Síndrome de Asperger que se expone en el siguiente nivel. Sus primeras manifestaciones suelen ser confundidas con el Déficit de Atención o trastornos de otro tipo dado que no presentan algunos de los elementos nucleares del TEA.

Puntuaciones en el IDEA aproximadamente entre 40 y 50.

Nivel 4: Síndrome de Asperger

Las personas con Síndrome de Asperger supondrían dentro de los TEA los de menor afectación. Así son personas que suelen estudiar en centros ordinarios, pasan sin llamar excesivamente la atención, salvo algunas etiquetas (en especial durante la adolescencia) de “raros” o “solitarios”. En algunas áreas pueden ser especialmente competentes si bien, su relación social siempre estará marcada por una incapacidad

para entender las claves sociales y las sutilezas de la relación humana (poca empatía). *Las puntuaciones en el IDEA fluctuarían en la franja más baja, de 30 a 45. Puntuación menor de 30 podrían indicar problemas específicos en alguna área pero se alejarían progresivamente de la posibilidad diagnóstica de un T.E.A.*

No debemos olvidar que las puntuaciones ofrecidas son a título orientativo ya que pueden solaparse entre ellas y, en todo caso, como ya se ha dicho, no tienen valor diagnóstico sino tan sólo de facilitar la intervención y evaluar los posibles progresos tras la misma.

2.7 INTERVENCIÓN

Como alternativa al concepto de autismo se prefiere utilizar el término ‘trastornos del espectro autista’ (TEA), dada la variable afectación cognitiva y del lenguaje, de manera que en la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* (DSM-IV) se encuadran como un subgrupo dentro de los trastornos generalizados del desarrollo. Así pues, los TEA incluyen las categorías de trastorno autista, síndrome de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Las características comunes a todos ellos:

- Alteración de la interacción social recíproca
- Alteración de la comunicación y del lenguaje
- Actividades e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados.

La educación y el apoyo comunitario son elementos fundamentales para el desarrollo de la comunicación y las competencias sociales, no sólo de niños con TEA. De esta manera, los métodos psicoeducativos se centran en tres enfoques distintos: comunicación, estrategias de desarrollo y educacionales, y uso de principios conductuales para mejorar el lenguaje y el comportamiento. Existe unanimidad en iniciar terapia de forma temprana, pero no en cuanto al mejor método.

Dentro de la gran diversidad de modelos de intervención, podemos seguir la siguiente clasificación, propuesta en 1997 por el grupo de Mesibov (Mulas et al, 2010 pp.78).

2.7.1 Intervenciones psicodinámicas

Prácticamente no se usan hoy día; parten de una interpretación obsoleta del autismo, como daño emocional secundario a la falta de desarrollo de un vínculo estrecho del niño con los progenitores, especialmente la madre.

2.7.2 Intervenciones biomédicas

Se han hecho diversos intentos por tratar los síntomas nucleares del autismo a través de medicaciones o modificaciones en la dieta, en un intento de poder llegar a ‘curar’ el autismo. Hasta la fecha ninguno de estos tratamientos ha demostrado eficacia alguna de forma científica.

Medicación: No existe un tratamiento médico para las manifestaciones nucleares del autismo, aunque algunas medicaciones tratan los síntomas y las enfermedades que suelen asociar los niños con TEA, como la epilepsia, los trastornos de conducta o las alteraciones del sueño.

Medicina complementaria y alternativa: Las dietas de exclusión (libres de gluten o caseína), los tratamientos antimicóticos o con quelantes, la evitación de la vacuna triple vírica o los suplementos dietéticos o vitamínicos no han demostrado eficacia, e incluso algunos pueden resultar potencialmente dañinos.

2.7.3 Intervenciones psicoeducativas

Intervenciones conductuales

Se basan en enseñar a los niños nuevos comportamientos y habilidades, usando técnicas especializadas y estructuradas:

Programa Lovaas. El Dr. Lovaas, en la Universidad de California-Los Ángeles, desarrolló el *Young Autism Project*, proponiendo un entrenamiento exhaustivo y altamente estructurado. A pesar de que con su método se consiguen mejorar habilidades como la atención, la obediencia, la imitación o la discriminación, ha sido criticado por los problemas en la generalización de las conductas aprendidas para un uso en un ambiente natural espontáneo, por basar sus resultados fundamentalmente en la mejora del cociente intelectual (CI) y porque el medio de aprendizaje altamente estructurado no es representativo de las interacciones naturales entre adultos y niños.

Análisis aplicado de la conducta (ABA) contemporáneo. Se basa en promover conductas mediante refuerzos positivos y extinguir las no deseadas eliminando consecuencias positivas, buscando un mecanismo de ‘extinción’. Algunos de los modelos basados en ABA contemporáneo son: *Pivotal Response Training* (PRT), *Natural Language Paradigm* (NLP) e *Incidental Teaching*.

Intervenciones evolutivas

Ayudan al niño a desarrollar relaciones positivas y significativas con otras personas. Se centran en enseñar técnicas sociales y de comunicación, en ambientes estructurados, así como desarrollar habilidades para la vida diaria (habilidades ‘funcionales’ y ‘motoras’):

Floor Time (tiempo suelo) DIR (Developmental Individual-Difference, Relationship-Based Model): modelo de desarrollo basado en las diferencias individuales y en las relaciones.

Intervenciones basadas en terapias

Se centran en trabajar dificultades específicas, generalmente centrándose en el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación (patología del lenguaje) o en el desarrollo sensoriomotor (terapia ocupacional):

Intervenciones centradas en la comunicación: estrategias visuales e instrucción con pistas visuales, lenguaje de signos, sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS), historias sociales (*social stories*), dispositivos generadores de lenguaje (SGDs), comunicación facilitada (FC), y entrenamiento en comunicación funcional (FCT).

Intervenciones sensoriomotoras: entrenamiento en integración auditiva (AIT) e integración sensorial.

Intervenciones basadas en la familia

Su fundamento se basa en enfatizar la idea de que la inclusión de la familia en el tratamiento es fundamental para las necesidades del niño. Aportan entrenamiento, información y soporte a todos los miembros de la familia. Son el programa PBS y el programa Hanen.

Intervenciones combinadas

Algunas intervenciones combinan elementos de métodos conductuales y evolutivos, por lo que generalmente resultan más eficaces: el modelo SCERTS, el modelo TEACCH, el modelo Denver y el modelo LEAP.

2.8 MODELOS DE INTERVENCIÓN

Cada niño con trastornos del desarrollo tiene un **perfil único** de fortalezas y debilidades individuales, relaciones familiares y habilidades funcionales del desarrollo, aunque compartan un mismo diagnóstico sindromático (ej. Autismo, Síndrome de Down, Trastorno de Lenguaje, Déficit de Atención Hiperactivo). Es este perfil único de cada niño el que debe comandar el plan terapéutico sobre el diagnóstico sindromático.

El **afecto y las emociones** tienen un rol central en promover la adquisición de nuevas habilidades del desarrollo, no solo en el establecimiento del vínculo emocional con los cuidadores, sino que también en la organización de la intención comunicativa, de los comportamientos sociales más complejos, y en la adquisición de habilidades cognitivas que permitan el acceso a ideas simbólicas y pensamiento lógico. De acuerdo a

Greenspan, el área afectiva (o socio-emocional) es el área que comanda el desarrollo de las otras áreas, priorizando esta área por sobre el área cognitiva.

Según Greenspan, es la codificación emocional de nuestras experiencias la que guía todo nuestro aprendizaje. Desde el primer día de vida, todas nuestras experiencias tienen tanto un componente físico como un componente emocional. El componente físico es la parte concreta de la experiencia, el componente emocional es el que le otorga sentido o significado a la experiencia. La habilidad de unir emociones con los primeros gestos comunicativos emerge gradualmente durante los primeros meses de vida. Es esta habilidad del niño/a de interactuar con propósito con sus padres o cuidadores, es la que sirve de base al desarrollo cada vez más complejo en el ámbito social, emocional y cognitivo. El progresivo desarrollo de destrezas cognitivas, motoras, sensoriales, lingüísticas y sociales son instrumentos del desarrollo que solo cobran sentido en la medida que se organizan en torno a una comunicación intencional del afecto o emociones emergentes del niño/a. A medida de que los padres o cuidadores van creando u ofreciendo oportunidades para que el niño/a exprese sus emociones, deseos, o intenciones, van favoreciendo a que cada vez más el niño/a establezca conexiones o vínculos entre sus emociones, deseos o intenciones y sus instrumentos o destrezas del desarrollo, las cuales organiza en torno a una conducta comunicativa. En los niños/as que carecen de esta habilidad básica de conectar sus emociones con su conducta (o palabras), de expresar su sentido de si mismo e intencionalidad, el componente clave que estimula la progresión del desarrollo estará ausente. En niños en el “espectro autista” esta habilidad estaría comprometida en distintos grados de severidad a lo largo del espectro.

La visión del desarrollo infantil requiere por lo tanto ser entendido no solo en sus distintas áreas clásicas (cognitivo, lenguaje, motor, socio-emocional) sino en cómo el niño integra funcionalmente estas áreas del desarrollo a medida de que va creciendo; y la manera de desarrollar **habilidades funcionales** que le permitan interactuar *con* propósito con sus seres cercanos para comunicar afecto, necesidades, deseos, ideas, emociones y pensamientos, así como resolver problemas en la vida cotidiana. Dada la multiplicidad de factores que afectan o influyen en el desarrollo infantil de un niño, la evaluación y el diseño de un plan terapéutico requiere de un **equipo multidisciplinario** que va mucho más allá del enfoque biomédico, integrando a múltiples especialistas que ayuden a comprender el perfil único de cada niño así como a aquellas personas que interactúan cotidianamente con el niño, tanto en el hogar como en la escuela. Los padres adquieren un **rol central** al ser ellos quienes mejor conocen al niño en su cotidianidad y quienes interactúan a diario con ellos, lo que abre posibilidades de intervención intensiva, solo posible a través de ellos y la familia extendida. Frecuentemente, las personas con problemas en el desarrollo necesitan aprender algunos de los aspectos más elementales de la vida, como comer, usar el retrete y vestirse. Algunos no saben jugar, otros necesitan llevarse mejor con sus compañeros y desarrollar amistades. Muchas veces necesitan ayuda para desarrollar el lenguaje e incluso en algunos casos son mudos. A través de los programas de enseñanza (modelos de intervención) se puede ayudar a aminorar o superar estas deficiencias (Lovaas, 1989 pp.25)

2.8.1 MODELO DIR Y FLOORTIME

Sobre la base de la teoría sobre la importancia de las emociones, en que la pieza clave para impulsar el desarrollo infantil es el afecto o la habilidad de conectar el afecto con una conducta comunicativa, que exprese las emociones, deseos o intenciones del niño/a, Stanley Greenspan desarrolla el “modelo DIR” para promover un óptimo desarrollo infantil. Las siglas del modelo DIR representan 3 componentes claves a considerar para poder entender y promover desarrollo infantil:

D (Desarrollo): Consiste en entender la etapa de *Desarrollo* socio-emocional o “funcional” en que se encuentra el niño/a.

I (Individualidad): Consiste en entender las *diferencias Individuales* que cada niño aporta al momento de interactuar.

R (Relaciones): Consiste en entender los *patrones Relacionales* que afectan la interacción del niño/a con sus padres o cuidadores significativos, aspecto que juega un rol clave para tener oportunidades de organizar los instrumentos del desarrollo al servicio de conductas comunicativas cada vez más complejas.

Según el modelo DIR, el nivel de **Desarrollo** del niño/a va a estar influenciado por las diferencias **Individuales** de cada niño/a, los patrones familiares y ambientales en torno al niño/a y el tipo de **Relaciones o interacción** que el niño/a establece con sus padres o cuidadores significativos.

1) Diferencias Individuales

Este componente busca describir y entender en detalle las múltiples diferencias de cada niño/a que influirán en su estilo de interactuar así como entender sus fortalezas y debilidades que afectarán el proceso de aprendizaje. Las diferencias individuales pueden organizarse a tres niveles: a) registro de la información, b) procesamiento de la información, y c) respuesta atinada a la información recibida.

A. Registro de la información

En niños con necesidades especiales no basta con descartar trastornos en la agudeza visual o auditiva (ej. ceguera, miopía, astigmatismo, alteraciones del campo visual, sordera, o hipo-acusia). Algunos niños/as registran demasiada información (“hiper-reactividad sensorial”) o registran muy poca información (hipo-reactividad sensorial), o combinaciones de ambos, presentando grandes dificultades en modular la información que reciben. Algunos niños/as estarán hiper-alertas al medio ambiente y reaccionarán con desagrado a estímulos sensoriales mínimos (ej. Ruidos, tacto, olores, movimientos en el espacio, imágenes visuales), tendiendo a aislarse o alejarse de dichos estímulos.

Otros niños presentarán un estado de alerta bajo, mostrando hipo-reactividad a estímulos sensoriales mínimos, y necesitando un nivel de estímulo más alto para poder registrar dicha información. Por todo ello es necesario conocer a cada individuo.

B. Procesamiento de la información

Los niños pueden presentar enormes diferencias individuales en como procesan dicha información, influido en parte por las variaciones individuales a nivel de registro, así como por las variaciones individuales a nivel de decodificación de la información. Bajo esta categoría entran las múltiples dificultades de procesamiento de la información auditiva, visual, cognitiva, afectiva, táctil, vestibular y propioceptiva. Un niño puede tener además de hiper-reactividad táctil, hiperactividad auditiva y dificultades de procesamiento auditivo. Es posible que a este niño le moleste el tono de voz de la profesora, se asuste con ciertos ruidos en la sala de clases y no logre procesar la instrucción verbal que la profesora entregue al grupo. Su respuesta conductual puede tener relación con las dificultades de registro y procesamiento de la información.

C. Respuesta atingente a la información recibida

El tipo de respuesta que el niño/a logre dar frente a la información recibida dependerá no solo de cómo registra y procesa dicha información sino que también de sus habilidades para organizar una respuesta con distintos grados de complejidad. Estas habilidades estarán afectadas por sus destrezas en las áreas de motricidad gruesa, fina, planificación y coordinación motora (praxias), tonicidad muscular, así como en su capacidad expresiva en el uso del lenguaje oral. Nuevamente, es esencial entender las fortalezas y debilidades de niños con necesidades especiales para organizar una respuesta compleja y atingente a la información recibida.

En niños/as con necesidades especiales (Ej. Déficit de atención, dificultades de regulación, trastornos del lenguaje, déficit cognitivo y trastornos del espectro autista) estas diferencias individuales juegan un rol significativo en la calidad de la interacción con los padres o cuidadores, así como en enfrentar nuevos procesos de aprendizaje. Dichas experiencias pueden adquirir un fuerte componente emocional negativo, acompañadas de gran frustración y conductas desorganizadas o disruptivas como respuesta defensiva de protección para mantener el control de la situación.

Por esta razón es esencial que todo terapeuta y padre involucrado en la rehabilitación de niños/as con necesidades especiales comprenda en detalle y con profundidad las diferencias individuales de cada niño/a. Esto les permitirá acoger emocionalmente al niño/a mientras le ayudan a registrar, modular y procesar mejor la información que recibe así como a dar una respuesta atingente y cada vez de mayor complejidad. Les permitirá también entender mejor cuáles son las fortalezas del niño/a que facilitan los procesos de interacción y aprendizaje.

2) Diferencias Relacionales

Este componente busca describir y entender en detalle las múltiples diferencias en estilos de relación que presentan los distintos adultos (padre, madre, abuela, profesora, etc.) que interactúan a diario con un niño/a con necesidades especiales. Dichos estilos de relación pueden favorecer o entorpecer el desarrollo del niño/a. El terapeuta debe trabajar en ayudar a los padres a tomar conciencia de sus estilos y tendencias relacionales, de manera de que estas no se conviertan en patrones rígidos que luego sean difíciles de revertir.

Por otra parte, los niños con necesidades especiales suelen adoptar estilos de interacción sobre la base del perfil individual descrito. Es así como Greenspan ha descrito los siguientes estilos de interacción por parte del niño/a:

- Cauteloso y temeroso
- Oposicionista y desafiante
- Aislado y difícil de contactar
- Ensimismado
- Impulsivo, motóricamente desorganizado

3) Competencias funcionales del Desarrollo socio-emocional

Este componente busca describir y entender en detalle el nivel de desarrollo socio-emocional en cual el niño/a con necesidades especiales funciona al momento de interactuar con otros individuos (ej. Padres, otros cuidadores, niños). Greenspan ha descrito las siguientes etapas, en las cuales el niño/a va adquiriendo progresivamente competencias funcionales del desarrollo que le permitirán cada vez interactuar en forma más compleja:

Regulación y atención: Capacidad del niño/a de permanecer atento, calmado y alerta a la interacción, frente a múltiples estímulos del medio ambiente.

Vinculación: Capacidad del niño/a de establecer una relación afectiva. Una vez que el niño/a ha logrado establecer una atención conjunta con sus padres o cuidadores con cierto grado de regulación frente a los múltiples estímulos del medio ambiente, comienza a establecer una fuerte relación afectiva con ellos, calidad que va a estar afectada por las diferencias individuales del niño y los patrones relacionales del adulto.

Comunicación Intencional de Ida y Vuelta: Una vez que el niño ha establecido una relación afectiva con sus padres o cuidadores, comienza a comunicarse intencionalmente con ellos en forma simple, expresando sus primeras emociones o deseos básicos.

Comunicación gestual compleja/Sentido de si misma pre-verbal: Capacidad del niño/a para comunicar necesidades y deseos así como resolver problemas. Una vez que se ha establecido esta comunicación simple de ida y vuelta, el niño/a va logrando organizar cadenas cada vez más complejas de interacción, sobre la base de gestos y palabras simples, para expresar emociones cada vez más complejas y solucionar problemas o satisfacer deseos. En esta etapa el niño/a aprende a leer claves gestuales de comunicación de su padres/cuidadores y anticipar sus emociones, abriendo y cerrando múltiples círculos de comunicación entrelazados unos con otros en torno a una misma temática o problema.

Ideas Emocionales. Capacidad del niño/a de representar ideas y emociones. Sobre la etapa de comunicación gestual compleja emerge en el niño/a la habilidad de representar actividades de la vida cotidiana a través de juego simbólico, expresando por esta vía sus ideas, deseos y emociones.

Pensamiento Emocional: Capacidad del niño/a de comunicar sus necesidades, deseos e ideas en forma lógica. Una vez que el niño/a ha desarrollado una amplia gama de ideas expresadas a través de lenguaje y/o juego, comienza a construir puentes lógicos (para qué, dónde, cómo, cuándo, por qué) entre dichas ideas o emociones, lo que constituye la base del pensamiento emocional y la capacidad de diferenciar fantasía de realidad.

La principal estrategia de intervención en la cual se basa el modelo DIR es originalmente conocida en inglés como *Floor Time*. El tiempo del suelo (floor time) consiste en una serie de técnicas para ayudar a los padres y profesionales a abrir y cerrar círculos de comunicación, con el objeto de fomentar la capacidad interactiva y de desarrollo del niño. Para formularlo de modo sencillo, el tiempo del suelo es una interacción no estructurada, dirigida por los propios intereses del niño. El objetivo del tiempo del suelo es estimular la interacción cara a cara, uno-a-uno. Esto puede implicar un "cortejo" activo al niño, para que éste responda a sus señales. El tiempo del suelo moviliza las capacidades interactivas del niño, así como su capacidad relacionada con la percepción, el lenguaje, la exploración motora y el proceso sensorial.

Las interacciones deben implicar siempre un dar y recibir. La meta es abrir y cerrar muchos, muchos círculos de comunicación. Una vez que el niño haya dominado esta interacción de doble vía, él puede utilizarla para superarse hacia otros niveles adicionales del desarrollo, incluyendo el juego imaginativo o simulado, el diálogo verbal y el pensamiento lógico.

También es considerada una forma de apoyar a los padres / cuidadores a establecer sesiones de interacciones lúdicas diarias con los niños/as, promoviendo oportunidades para fortalecer la regulación, vinculación, así como expresar emociones o deseos a través de conductas comunicativas cada vez más complejas.

A continuación se presentan algunas instrucciones básicas:

1. Definir lugar y horario

Identificar momentos del día en que los cuidadores o terapeutas pueden darse aproximadamente 20 minutos para jugar sin interrupciones (ej. Llamados de teléfono, cuidar niños más pequeños, cocinar, etc.). Asegurarse que este también es un buen momento para el niño (ej. no está cansado, ni tiene hambre, etc.). Identificar un lugar donde jugar que sea seguro, tranquilo, sin grandes distracciones, placentero y anticipar posibles problemas y evitarlos para no tener que estar colocando límites durante el juego.

2. Comenzar por seguir la iniciativa o interés del niño/a

Preguntar al niño “a que quiere jugar” y observar su respuesta, su interés. La respuesta a esta pregunta, o el objeto o actividad de interés del niño/a constituyen el inicio de un círculo de comunicación. Seguir la iniciativa o interés del niño permite ver a qué nivel él o ella es capaz de interactuar. Permite al niño/a sentirse seguro/a y otorga la oportunidad de tener la experiencia emocional de que su interés puede tener una repercusión en el otro.

3. Construir sobre el interés del niño

El adulto extiende y expande en torno al interés del niño/a, esto permite expandir la riqueza de la etapa en que el niño muestra desenvolverse, ayudando a consolidar esta etapa. Permite a la vez introducir gradualmente nuevos desafíos para esta etapa y/o avanzar hacia la siguiente etapa cuando esta etapa ya está suficientemente consolidada

4. Construir siempre a partir de las etapas básicas hacia las más complejas

Para cada una de las etapas preguntarse: ¿Esta el niño (y el cuidador) alerta, calmado y atento? ¿Están ambos gozando la interacción? ¿El juego involucra algún tipo de dialogo o comunicación simple, de ida y vuelta entre el adulto y el niño además de una negociación o comunicación compleja en que el niño/a expresa sus deseos y/o emociones? Si el niño tiene capacidad simbólica, ¿que ideas o emociones está expresando a través del juego? ¿Logra el niño/a expresar estas ideas y/o emociones en forma lógica?

5. Dar rienda suelta a la creatividad y gozar

Usar el humor, el absurdo, gozar la interacción. El niño aprenderá más en estados afectivos intensos, bajo “tonalidad afectiva alta”. Si la experiencia es placentera, la querrá repetir, pero si la experiencia es agotadora o atemorizante, la querrá evitar.

2.8.2 MODELO LOVAAS

El sistema de enseñanza Lovaas¹ consigue ayudar a niños con trastornos de desarrollo a superar muchas de sus conductas indeseables e interferentes, como rabietas, extraños comportamientos ritualistas y sus conductas autodestructivas. También se puede enseñar conductas complejas como el lenguaje.

Los procedimientos requieren mucho tiempo, pero son eficaces ya que todos los niños aprenden, unos más que otros. Uno de los primeros errores que se cometió al inicio de la creación de este programa fue realizar este en un entorno institucional (hospital o clínica). Los cambios que se produjeron en su conducta no se generalizaron, ni se trasladaron al resto de su entorno: hogar o colegio. Sin embargo tuvieron éxito cuando realizaron esfuerzos especiales por llevar a cabo la generalización. Estos esfuerzos especiales supusieron que el tratamiento y la programación pedagógica se llevaran a cabo dentro de estos dos entornos, lo que les llevó a cuestionar la necesidad o la conveniencia de utilizar un hospital como entorno de enseñanza y de aprendizaje. Este nuevo desarrollo tiene su sentido. Si el comportamiento de un niño está influenciado por el ambiente en que vive y aprende, y dado que este entorno se compone de varios escenarios (colegio, hogar y barrio), es razonable que el entorno total del niño sea terapéutico y educativo (Lovaas, 1981 pp. 19-20).

Filosofía de enseñanza

Las siguientes afirmaciones generales subyacen a su filosofía:

1. Todos los organismos vivos muestran variabilidad en su conducta. Charles Darwin fue el primero que reconoció la importancia de esta variabilidad para la supervivencia de las especies. Podemos considerar a las personas con problemas de desarrollo como ejemplos de esta variabilidad. La variabilidad conductual no se considera un síntoma de enfermedad mental ni de otro tipo, subyacente a los síntomas, y por lo tanto, necesitado de un tratamiento propio y único. Aunque muchas personas con problemas de desarrollo sufren de grave daño cerebral orgánico, el ser tratados como enfermos mentales no les ha supuesto ninguna ventaja. Las leyes del aprendizaje son tan aplicables a los individuos con una estructura orgánica desviada como a los individuos con una estructura menos desviada.

2. El entorno medio trata *mejor* a la persona media, aparentemente porque ese mismo entorno ha sido seleccionado y/o moldeado por personas medias.

Los que se encuentran en cualquiera de los dos extremos no aprenden bien en un entorno medio, porque éste no ha sido creado para ellos.

¹Las distintas actividades que se proponen para la enseñanza de niños autistas son tan complejas y difíciles de resumir para que sean correctamente entendidas que recomiendo la lectura del manual Lovaas, en Lovaas, O, 1990. *"Enseñanza de niños con trastornos del desarrollo"*. Ediciones Martínez Roca S.A. Barcelona.

3. La educación especial y la psicología pueden ayudar a aquellos que se desvían de la media, creando entornos especiales de enseñanza en los que el retrasado pueda aprender.

4. Debe procurarse que este entorno sea lo menos distinto posible del entorno medio porque: *a)* no debe rechazarse con ligereza la conveniencia del entorno medio, implícito en el proceso de la «selección natural», y desarrollado a lo largo de miles de años, y *b)* una de las metas principales de la enseñanza de las personas con problemas de desarrollo es la de ayudarles a funcionar más adecuadamente en un ambiente *natural*. Cuanto menor sea la diferencia entre el ambiente especial de la terapia de la enseñanza creado para el niño, y el entorno medio al que se espera que regrese, más fácil será la transición.

Se utilizan refuerzos y castigos análogos a los que se usan con niños normales. Enseñamos a los niños en sus casas, no en hospitales ni clínicas, porque los niños viven y aprenden en sus casas. A los padres y profesores se les enseña el programa de enseñanza ya que son ellos quienes cuidan de los niños y les enseñan. El programa presenta una serie de pasos educativos similares a los que se usan en niños normales, aunque algunas de sus facetas han sido exageradas y el proceso de aprendizaje es más lento (Lovaas, 1989 pp.26).

Para llevar a cabo el programa Lovaas se han identificado seis principios fundamentales que trascienden a las técnicas específicas que componen el programa:

1. Todas las personas que tengan un contacto sostenido con personas con trastornos del desarrollo deben aprender a ser profesores.
2. Se han de establecer pequeñas metas al principio para que tanto para educador como el niño se sientan más gratificados.
3. Hay que prepararse para una ardua labor. Debemos protegernos del desgaste formando un “equipo de enseñanza”.
4. Haz que el niño se esfuerce, has que sea responsable.
5. No sentirse asustado o culpable de los arrebatos emocionales del niño no de su ensimismamiento. Eres el “jefe” y eres quien toma las decisiones. Caso todo y en especial los niños con autismo sufren perturbaciones emocionales, quieren que las cosas sean de otro modo. A veces se enfadan tanto que son agresivas consigo mismo, con los muebles o contigo, pero lo único que quieren es asustarte, no dejes que lo hagan porque a la larga les perjudicará a ellos.
6. Empieza por hacer que el aspecto del niño sea lo más normal posible. Por ejemplo que su aspecto físico sea mejor posible, incluso haz de intervenir en la forma de verter de forma que esta sea adecuada a la de un niño de su edad con un desarrollo normal.

2.9 SISTEMAS AUMENTATIVOS DE LA COMUNICACIÓN

Se entiende por *comunicación alternativa* cualquier sistema de comunicación o sistema de signos y símbolos desprovisto del componente fonético del lenguaje, es decir, cualquier forma de comunicación diferente del habla. Los signos manuales, gráficos o la propia escritura son sistemas de comunicación alternativa.

Por otra parte, *la comunicación aumentativa* es aquélla que sirve de refuerzo o ayuda con el propósito de facilitar y promover los recursos del habla. La gran mayoría de los sistemas alternativos de comunicación también se consideran aumentativos, ya que éstos sirven de refuerzo y facilitan habilidades intelectuales relacionadas con la adquisición del lenguaje (Martín, E. 2010).

2.9.1 Sistema de comunicación por intercambio de imágenes PECS

El Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes fue desarrollado en 1985 como un sistema de enseñanza único, aumentativo y alternativo que enseña a los niños y adultos con autismo y con otras deficiencias comunicativas a iniciarse en la comunicación. Empieza por enseñar a una persona a entregar una imagen (5.2 cm) de un elemento deseado a un “receptor comunicativo”, el cual inmediatamente honora el intercambio como una petición. El sistema continúa enseñando discriminación de imágenes y como ponerlas juntas en una oración. En las fases más avanzadas, se enseña a responder a preguntas y a comentar.

El protocolo de enseñanza de PECS está basado en el libro de B.F. Skinner: *Conducta Verbal*, de forma que se enseñan sistemáticamente las operantes verbales utilizando estrategias de ayudas y de reforzamiento que llevarán a la comunicación independiente. No se utilizan ayudas verbales por tal de construir iniciación inmediata y evitar la dependencia de ayudas. Este sistema ha sido exitoso en personas de diferentes edades que presentaban una gran variedad de dificultades comunicativas, cognitivas y físicas. Algunos alumnos que utilizan PECS también desarrollan el habla. Otros puede que hagan la transición a un sistema de reproducción de voz.

Fases en la que se divide:

1. Cómo comunicarse. Los alumnos aprenden a intercambiar una sola imagen a la vez por elementos o actividades que realmente quieren (ver ANEXO III).
2. Distancia y persistencia. Utilizando todavía una sola imagen a la vez, los alumnos aprenden a generalizar esta nueva habilidad utilizándola en diferentes lugares, con diferentes personas y a lo largo de varias distancias. También se les enseña a ser comunicadores persistentes (ver ANEXO III).

3. Discriminación de imágenes. Los alumnos aprenden a seleccionar de entre dos o más imágenes para pedir sus objetos o actividades favoritas. Éstas se colocan en un libro de comunicación –una carpeta de anillas con tiras de Velcro- dónde las imágenes se colocan y fácilmente se retiran para comunicarse (ver ANEXO III).
4. Estructura de la oración. Los alumnos aprenden a construir oraciones simples en una “tira-frase” despegable, utilizando una imagen de “quiero” seguida de una imagen del elemento que está pidiendo en ese momento. Atributos y expansión del lenguaje. Los alumnos aprenden a expandir sus oraciones añadiendo adjetivos, verbos y preposiciones.

También es en esta fase cuando se empieza a leer es decir, se le coge el dedo y tarjetas diciendo con correspondencia “quiero...”. Después tú dices el “quiero” y esperas a que el niño diga el objeto, y si no lo dice ha de decirlo el terapeuta. Si en mitad de la secuencia nos lo dice verbalmente, se lo entregamos. Si se ponen las tarjetas muy separadas nunca se las cambiamos; sin embargo, si las pone al revés, si le llamamos la atención (Ej.: “no lo entiendo”), y se la ponemos bien (modelo adecuado) y lo apoyamos para que lo haga correctamente sólo (ver ANEXO III).

5. Responder a preguntas. Los alumnos aprenden a usar PECS para responder a la pregunta: ¿Qué quieres? (ver ANEXO III).
6. Comentar. Ahora los alumnos son enseñados a comentar como respuesta a preguntas tales como: “¿Qué ves?”, “¿Qué oyes?” y “¿Qué es?”. Aprenden a crear oraciones que empiezan por “Veo”, “Oigo”, “Siento”, “Es”, etc (ver ANEXO III).

2.9.2 Programa de comunicación total BENSON SCHAEFFER

El Programa de Comunicación Total de Benson Schaeffer incluye dos componentes que lo definen como tal y, a la vez, lo diferencian de otros procedimientos de intervención. El primer componente es el Habla Signada (producción por parte del niño de habla y de signos de forma simultánea), el segundo, el de Comunicación Simultánea (empleo por parte de los adultos, terapeutas, padres, hermanos...etc; de dos códigos utilizados simultáneamente cuando se comunican con las personas: código oral o habla y código signado o signos).

Al niño se le ofrece una entrada de lenguaje lo más completa posible, para que asocie determinados elementos significativos en dos modos (oral y signado) de manera que la intención de comunicación, que puede estar severamente dificultada en la vía de producción oral, se canalice a través de un signo que puede resultarle más fácil, y conseguir posteriormente su producción verbal.

Además no solo enseña signos, sino que también enseña una estrategia de relación e intercambio personal con la que se enseña a los niños a dirigirse al adulto (primero por medio de signos, posteriormente de forma verbal) para conseguir algo deseado.

El objetivo más destacable es fomentar una producción espontánea por parte del niño no verbal. Este sistema resalta especialmente los aspectos expresivos (frente a otros programas o sistemas que enfatizan elementos de comprensión) además da importancia a que la persona no verbal comprenda de forma genuina el efecto de la producción de los signos; conseguir / obtener "cosas" con palabras, en este caso a través de signos. Ofrecer al niño no verbal habla signada va a tener como consecuencia que él producirá primero signos y quizás, posteriormente, habla signada e incluso habla (cuando se desvanezca el signo). Una de las señaladas ventajas de este sistema, es que presenta las pautas de inicio de la comunicación sin suponer siquiera la presencia como requisito de intención comunicativa.

Para empezar a utilizar este sistema es necesario detectar algún elemento (objeto, alimento, actividad...) que llame la atención del niño y regular el ambiente (evitando el acceso directo del niño al elemento deseado), de forma que asocie la realización del correspondiente signo con el acceso a dicho elemento.

El signo inicial debe ser algo altamente deseado, ya sea un objeto, alimento o actividad. Y va a enseñársele directamente que para lograr lo que desea, use el signo que se le está enseñando. El mecanismo base de la instrucción es el encadenamiento hacia atrás. En un principio el terapeuta otorga toda la ayuda necesaria al niño para ejecutar el signo (se le moldean totalmente las manos por parte del terapeuta) y paulatinamente se van retirando esas ayudas. De forma explicativa pero no rígida, los pasos que se siguen son los siguientes: En primer lugar, el terapeuta cogiendo las manos del niño las pone con la forma del signo, la dirige hasta la posición del cuerpo del niño o del espacio en donde éste ha de efectuarse y ejecuta el movimiento final del signo en la forma que antes indicábamos; un movimiento de las manos, con la forma del signo y en la posición apropiada, por cada sílaba de la palabra correspondiente al signo enseñado; palabra que es verbalizada por el terapeuta justo a la vez que el movimiento final del signo. Cada vez que se hace el signo, aunque haya sido totalmente moldeado por el terapeuta, éste le da el objeto / alimento o actividad deseados a que se refiere el signo y le refuerza verbalmente y con caricias, utilizando comunicación simultánea -habla y signo- para ello. Es importante anotar que el terapeuta no otorga refuerzo por el signo sino después de darle el objeto o actividad pedidos (lo cual es ya es reforzante) y que ese refuerzo es social.

La realización del signo sin ayuda, no sólo en el lugar de entrenamiento y con el instructor, sino también en contextos distintos y con personas distintas es lo que va a favorecer la espontaneidad tanto en lenguaje hablado o signado como en intención comunicativa.

Cuando el primer signo es usado de forma espontánea, correcta y para pedir lo que significa el signo (p.e chocolate) podemos pasar a enseñar el segundo signo. Se procurará que sea distinto al primero en los componentes del signo, las propiedades perceptivas y conceptuales (como miramos, cogemos, tocamos y usamos el nuevo objeto, alimento o actividad) y en la palabra correspondiente (sonidos y número de sílabas que tiene). No obstante, son criterios flexibles, que variarán en función de los intereses y capacidades de la persona. El niño aprende el segundo signo como aprendió el primero. Moldea el signo y gradualmente reduce las ayudas para permitirle aprender el signo por sí solo. El moldeamiento del nuevo signo debe hacerse rápidamente, antes de que el niño produzca viejo signo; de esta manera se eliminan muchos errores y problemas posteriores.

Después de que el niño conoce dos o más objetos/alimentos/actividades...etc es necesario que se preste atención a fin de que los signe apropiadamente. Debemos asegurarnos de que el niño vea el objeto antes de que lo signe. Si es necesario, usar ayudas del tipo, girar la cabeza en la dirección en que está el objeto, colocar el objeto ante sus ojos e instrucciones habladas y signadas del tipo "Mira el x" y "Presta atención"...etc.

Posteriormente realizaremos una discriminación entre los dos signos/objetos (en las siguientes fases también es necesario realizar una discriminación entre los diferentes signos que el niño va adquiriendo). Enseñar desde el tercer signo hasta llegar a diez o doce signos se realiza de la misma manera que se han enseñado los dos primeros. Se introduce cada nuevo signo después de que el niño/a use sus otros signos de forma correcta.

Los factores que inciden en la producción del habla: Habilidades sin explotar del lenguaje expresivo. Deseos frustrados. Habla dirigida a la meta. Imitación generalizada. Disminución del miedo y de la frustración. Lenguaje de signos facilitador del habla.

Después de que el niño ha estado usando durante meses el habla signada empezará a hablar ocasionalmente sin signar, es decir, a reducir hasta hacer desaparecer los signos por sí mismo. No hay que precipitarse, pero una vez que esté preparado debes ayudarlo pasando a sesiones únicamente verbales. Esto sería adecuado a partir de que el niño reduzca sus signos y habla sin signar en un 10% de sus expresiones mejor dominadas. Es decir, debemos procurar dar el objeto, alimento o actividad siempre que sea verbalmente ya que el niño ha adquirido la capacidad para hacerlo.

2.10 LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

No es únicamente importante hablar de comunicación y lenguaje como una parte del trabajo con personas con autismo, sino que más bien es clave poner énfasis en la necesidad de que aquellos que trabajan con ellas, comprendan la necesidad de las interacciones efectivas y que es mediante estas y la comunicación que las personas con autismo pueden aprender, a interactuar en los diferentes escenarios en los cuales participen, tanto dentro de la escuela como en los diferentes entornos.

A menudo preocupa que las personas con autismo no puedan comunicarse, pero se deja de lado, el hecho de que el entorno en el cual se desarrollan esas personas debe también brindar respuestas a sus intenciones comunicativas, no es solamente darle sentido a lo que se “supone” quieren decir ellas; sino más bien es importante que esa “intención comunicativa” se vea reforzada por un accionar adecuado y con sentido por parte del adulto.

Debemos enseñar comunicación como algo natural, como un proceso lento; en el niño se sienta seguro, así tanto comunicación como el lenguaje favorecerán al desarrollo y aprendizaje del niño con autismo. Entendida la comunicación como un acto social debemos tener en cuenta que esta; junto con el lenguaje debe responder a los siguientes objetivos del desarrollo:

1. Imitación
2. Atención
3. Activación de la motricidad orofacial
4. Recepción de información de tipo multisensorial
5. Comprensión
6. Expresión o producción

La alteración del lenguaje en niños autistas fue identificada desde los inicios del concepto, primeras descripciones de Kanner. El motivo más frecuente de consulta de un niño autista es el retraso en la adquisición del lenguaje. Por tanto se debe tener un elevado grado de sospecha y profundizar en la conducta social, cuando un niño de 2 años no se ha iniciado en el lenguaje. Es muy normal observar en niños de 2 a 4 años una especie de jerga que sustituye al lenguaje, una especie de imitación al lenguaje adulto, pero desprovisto de contenido semántico. De forma intercalada a la jerga aparecen algunas palabras y frases elaboradas pero casi siempre descontextualizadas, característico del autismo. Otro fenómeno peculiar en niños autistas, es la ecolalia, consiste en la repetición de palabras o frases que el niño escucha de otros, en muchos casos son sin significado o por lo menos no en ese contexto, a veces inmediata y a veces retardada. Este segundo fenómeno debe motivar una elevada sospecha de autismo. Por otro lado, llama la atención conversaciones banales durante el juego en las que se pone especial cuidado en la entonación como si fuese una conversación muy elaborada; pero que son resultados en la mayoría de los casos de anuncios televisivos y frases hechas (Mulas, 2005 pp.182).

Se ha escrito largo y tendido sobre lenguaje y comunicación en autismo, tanto acerca de las formas peculiares del habla como las dificultades de comprensión. El lenguaje depende de una amplia gama de capacidades: la fonología, o capacidad de manejar los sonidos del habla, la sintaxis, o capacidad de utilizar las reglas gramaticales, la semántica o capacidad de comprender y crear significados; y por último; y algo separada de esas capacidades lingüísticas primarias, la pragmática, o capacidad de utilizar el lenguaje con fines comunicativos.

En general se suele estar de acuerdo en que las dificultades en el terreno de la pragmática son una característica universal del autismo, y en que son similares en muchos aspectos a las que experimentan los pacientes con una lesión en el hemisferio derecho (Frith, 1989 pp.155-156).

La teoría de la mente (TM) ofrece una explicación, tanto para la conducta del autista, como al déficit pragmático en el lenguaje. Resulta evidente que para participar en una conversación es necesario hacer inferencias sobre las intenciones, el estado anímico y las sensaciones que experimenta el interlocutor. La TM es un constructo teórico cuyo origen se encuentra en los trabajos de Premack y Woodruff (1978), para quienes este término consiste en:

"Al decir, que un sujeto tiene una Teoría de la Mente, queremos decir que el sujeto atribuye estados mentales a sí mismo y a los demás,... Un sistema de inferencias de este tipo se considera, en un sentido estricto, una teoría; en primer lugar, porque tales estados no son directamente observables, y en segundo lugar, porque el sistema puede utilizarse para hacer predicciones, de forma específica, acerca del comportamiento de otros organismos (...)" (pp. 515-526).

La Teoría de la Mente implica en el niño actitudes proposicionales. Es decir, implica hacer uso de creencias, deseos, intenciones, sentimientos, entre otros, para dar cuenta del comportamiento de las personas. La actitud proposicional muestra entonces un estado mental mediante el uso de verbos mentalistas (creer, pensar, imaginar, pretender, fingir, esperar, entre otros), concretamente indica la postura de la persona con relación al mundo, sin comprometerse con la verdad o falsedad de los contenidos proposicionales a que hace referencia. El autismo es un trastorno del desarrollo que impide a los sujetos que lo tienen, llevar a cabo con éxito las actividades que requieren el uso de una Teoría de la Mente. Por lo general los autores que han escrito sobre el tema sugieren que los niños autistas no están preparados para atribuir estados mentales a otras personas, por lo que existirán grandes limitaciones en la comunicación. Si bien es cierto, que como otros aspectos dentro del autismo la TM se puede trabajar, es decir se puede enseñar al niño como reconocer sus emociones y reconocerlas en los demás.

3. ESTUDIO DE CASO

3.1 HISTORIA PERSONAL

M. es un niño de 5 años y nueve meses. Estudia en un centro público en una localidad de Almería, donde está escolarizado de forma ordinaria. Tras un embarazo y parto normal hacía los 2 años y medio; los padre observaron en él una conducta distinta a la que su hermana mayor mostraba hacia esa edad, además de ausencia del lenguaje y aparentemente sordera ante las llamadas de atención y a su propio nombre. Fue diagnosticado de autismo por lo que el equipo del Centro de Intervención empezó a trabajar con él.

3.2 HISTORIA FAMILIAR

La familia de M. es una familia de clase media. Convive con sus padres y hermana mayor de ocho años. Tanto el padre como la madre trabajan fuera de casa, por lo que pasan la mayor parte del tiempo con su cuidadora, aunque no está formada para trabajar con autismo, en todo momento se muestra colaboradora en las pautas que se le dan para trabajar con M., mostrando el mismo interés por la educación de ambos niños, al igual que los padres, aunque no pasan la mayor parte de la tarde en casa, durante las comidas, cenas y fines de semana se encargan de seguir las pautas establecidas para su aprendizaje.

3.3 OBJETIVOS

Comunicación y lenguaje

1. Desarrollar la conducta de señalar. Que afiance el gesto de señalar a distancia los objetos para pedirlos o elegir entre dos.
2. Dar significado comunicativo a las vocalizaciones espontáneas del niño y reforzar las aproximaciones sucesivas.
3. Fomentar la espontaneidad en la petición en palabras que tiene afianzadas.
4. Aumentar su capacidad para usar su comunicación no verbal: Aumentar el número de movimientos simples que es capaz de copiar de otras personas (aplaudir, tirar beso, decir adiós con la mano, tocar la cabeza y cruzar los brazos) que le puedan facilitar su comunicación.
5. Aumentar el número y variedad de peticiones con apoyo de los signos o tarjetas, si es necesario (tele, globo, cuento, salchichón, agua...)
6. Adquirir y aumentar su vocabulario. Nombrar: animales, colores, partes cuerpo, números, alimentos, vocales, personas familiares, acciones básicas, habitaciones de la casa y sus objetos más representativos.

7. Aprender a responder las primeras preguntas sencillas y discriminar entre ellas (¿Qué es? ¿Qué quieres? ¿Quién es?).
8. Desarrollar y afianzar la comprensión de ordenes sencillas con desplazamientos (Ven, siéntate, apaga la luz, haz pipi, tíralo a la basura...)

Anticipación y Flexibilidad

9. Aumentar estrategias de decisión sobre acontecimientos futuros y elecciones alternativas (fomentar la oportunidad de elección, si es necesario, con ayuda de pictogramas).
10. Fomentar la anticipación de actividades diarias (programación diaria con ayuda del cronograma a través de fotos reales).
11. Fomentar una relación vincular positiva en un entorno organizado y predecible (cronograma y agenda).

Simbolización

12. Aumentar los espacios y tiempos de juego estableciendo una relación vincular positiva entre el adulto y el niño.
13. Compartir espacios y tiempos de juego estableciendo una relación vincular positiva entre el adulto y el niño.
14. Que afiance y aumente la discriminación de las diferentes partes del cuerpo complejas (hombros, rodillas, cuello, lengua, dientes, dedos, brazos...)
15. Que se inicie en la comprensión y expresión de los nombres de las personas familiares (mama, papa).
16. Que aumente en lenguaje comprensivo y expresivo el uso de las acciones (pintar, jugar, saltar, peinarse, lavar las manos, lavar los dientes...)
17. Que se familiarice con los números del 1 al 20.
18. Que se familiarice con las vocales en mayúscula y minúscula.
19. Que afiance y generalice los colores en los objetos.
20. Afianzar su comprensión ante objetos que conoce con apoyo verbal únicamente como vía de discriminación.
21. Que discrimine entre colores.
22. Que se inicie en el reconocimiento de las formas geométricas básicas (circulo, cuadrado y triangulo).
23. Que reconozca la función de los objetos familiares y cotidianos y los use adecuadamente.
24. Que afiance y aumente su habilidad en la ejecución de puzles de hasta 20 piezas.
25. Que afiance y aumente sus habilidades de manualidades como cortar con tijeras, rasgar papeles, hacer bolitas, usar el pegamento...
26. Que aumente su habilidad de grafomotricidad de trazos más complejos (círculos, triángulos y cuadrados) sin apoyos.

- 27. Que disminuyan sus berrinches ante los cambios o actividades poco motivantes (claves visuales).
- 28. Que aumente el tiempo que permanece en silencio en una actividad estructurada y motivante, controlando sus ecolalias. Con ayuda de un pictograma de silencio.

Autonomía personal

- 29. Que coma solo.
- 30. Que incorpore alimentos nuevos en el desayuno, merienda y cena.
- 31. Que incorpore alimentos nuevos sólidos en el almuerzo.
- 32. Que se lave las manos solo.
- 33. Que se lave los dientes solo.
- 34. Que haga la caca en el váter.
- 35. Que afiance el hacer pipi en el váter.

Los objetivos que más me interesan son objetivos de comunicación y lenguaje, puesto que la conducta comunicativa en M. todavía no está adquirida. Estos objetivos son los que más se van a trabajar por parte de las terapeutas. Se incluye el resto de objetivos y actividades que se realizaron, ya que durante las sesiones, se comprobó que todos los objetivos aunque no estaban clasificados como objetivos de comunicación y lenguaje provocaban la aparición de ambos, por lo que era de necesidad explicar todo lo que ocurría en la sesión para comprender la evolución de la intención comunicativa y la aparición de lenguaje.

3.4 METODO

Para la evaluación de habilidades que M. tenía adquiridas o estaban en proceso siguiendo los objetivos; se utilizó la observación. No se llevó a cabo ningún protocolo de actuación ni evaluación de necesidades. Los motivos que me llevaron a tomar esa decisión fueron:

A) Personalmente no iba a realizar ninguna intervención con M. ya que el proceso de terapia requiere una adaptación así como una aceptación de la terapeuta por parte del niño, por razones de tiempo, no era viable hacer este primer paso, lo que el segundo, la intervención, tuvo que ser descartada.

B) En mi incorporación al centro se me facilitó la valoración de necesidades del niño. Es decir, ya se habían valorado las necesidades y los objetivos estaban ya planificados (a través de IDEA) e incluso; se estaban empezando a trabajar algunos de ellos.

Octubre

Abril



INTERVENCIÓN



Pre-evaluación

Post-evaluación

Se realizó una pre-evaluación en el mes de octubre y una post-evaluación, en el mes de abril, después de haber realizado terapia durante cinco meses. Dado que los objetivos ya los conocía, tras asistir a cada terapia y conocer la forma de trabajar del centro, realicé unas plantillas donde anotaría si el niño tenía adquirida la habilidad, no estaba adquirida o estaba en proceso². Además, recogía información sobre lo ocurrido en cada sesión.

Para la intervención se combinan dos modelos que son utilizados como modelos de referencia para realizar terapia. Por un lado se utilizan ejercicios en “mesa” donde se aplican diferentes actividades incluidas en el programa Lovaas, algunas de ellas se describen en el siguiente apartado y se introduce la estrategia de Floor Time incluida dentro del modelo DIR.

3.5 ACTIVIDADES

A continuación de forma breve; se realiza una explicación de las distintas actividades (ver ANEXO IV, V, VI, VII, VIII Y IX) llevadas a cabo para conseguir los diferentes objetivos. Cada uno es explicado paso a paso, de tal forma que se pueda entender de la mejor forma posible algunas de las actividades que se han realizado y cómo se puede trabajar con niños autistas. De forma general se produce un aprendizaje por ensayo y error, donde se trabaja con técnicas de modificación de conducta, sin dejar de lado el trabajo de las emociones y contacto físico.

Las sesiones están estructuradas de la siguiente forma: 30-40 minutos floor time (ver 2.8.1), dependiendo de cada niño 20-30 minutos de “mesa”, donde el niño trabaja (imitación, académicas, etc). Por último, 30-40 minutos de juego estructurado, semi-estructurado, libre o autonomía personal (en caso de que sea necesario).

Como se ha mencionado, la estructura puede ser modificada; al igual que alargar o reducir los tiempos, pero nunca dividir las partes, es decir, realizar diez minutos de

² Aclaración: SI estaba adquirida si de los ensayos que realizaban las terapeutas superaba más del 50%. NO estaba adquirida si no lo hacía nunca. EN PROCESO cuando realizaba la conducta alguna vez, menos del 50%. En los caso de verbalizaciones por ejemplo se consideraba adquirida cuando la repetía más de 10 veces en los distintos días de terapia, no estaba adquirida si no verbalizaba nada y en proceso; cuando repetía menos de diez veces en los distintos días de terapia.

La observación de las verbalizaciones no fue posible realizarlas en la misma sesión de pre y post evaluación. La información fue obtenida tras las siguientes sesiones en las que aunque asistía como observadora, no realizaba evaluación, sólo anotaba el número de veces que reproducía las palabras que se suponía que tenía adquiridas; para contrastar que las verbalizaciones estaban dentro de su repertorio verbal.

mesa; diez minutos de juego y luego volver a completar la sesión con diez minutos de mesa en este caso la motivación del niño para realizar el trabajo sería escasa o nula.

Consecución de objetivos:

Objetivo 1: Se trabaja en mesa, donde al niño se le facilita plastilina de colores, se hace una bola y una vez que hemos enseñado a aplastar la bola (imitación de gestos) cogemos su dedo, lo ponemos en posición de señalar y hacemos un agujero en la plastilina. Durante la sesión podemos crear situaciones en las que debamos señalar, por ejemplo si vemos que mira una pelota acercarnos a ella y señalar la pelota a la vez que decimos ¡pelota! Otra forma utilizada es con pintura de dedos. Mojamos el dedo del niño y poniendo en posición para señalar, sobre un folio, dejamos que deje la huella de su dedo, a la vez se trabaja los colores verbalizando qué color es cada uno de los que utiliza. Posteriormente debemos aprovechar otras situaciones en las que debamos señalar como ya se ha descrito.

Objetivos 2 y 3: se trabajan a través de verbalizaciones por parte de la terapeuta, es decir, en mesa o floor time, siempre que el niño haga alguna jerga, se repite la palabra de forma correcta. Por ejemplo en el caso de M. para decir vuelta decía –eta, por lo que seguidamente se le repetía ¡vuelta! A la vez que se refuerza dándole una vuelta. Dar vueltas es muy divertido para él, a la vez que disfruta se comunica, ambas conductas fomentan tanto la espontaneidad ya que durante floor time se deja que sea el niño el que dirija ese momento, como la comunicación, porque consigue lo que quiere en ese momento lo que sirve de reforzador para que se inicie en la conducta comunicativa.

Objetivo 4: Todas las acciones mencionadas en el objetivo cuatro se enseñaban a través de imitación de gestos, o encadenamiento hacia atrás. Una vez que el niño imita el primer gesto, los siguientes son más fáciles de aprender, de hecho, una vez que el niño es capaz de responder correctamente imitándonos sin ningún apoyo el niño ha aprendido una tendencia imitativa. En la imitación de los aplausos se cogen sus manos, con ellas la terapeuta realiza las palmadas, a la vez que le dice ¡Bien!

Para que aprenda a decir adiós, cuando nos marchamos se coge su mano y se agita realizando la conducta mientras le decimos ¡Adiós! Se realizaron todos los ensayos necesarios hasta que el niño solo con escuchar la palabra ¡bien! o ¡adiós! Respondía gestualmente. M. no adquirió la conducta automáticamente, se utilizaron guías físicas, es decir, en los aplausos cuando decimos ¡bien! se juntaban sus manos y se dejaba que él solo realizara las palmadas. Cuando se decía ¡adiós! la terapeuta, levantaba primero su mano para que él realizara el balanceo de manos.

Durante las sesiones de floor time, se crean situaciones en las que el niño deba realizar este tipo de conducta a la vez que las realiza la terapeuta, así se propicia además la comunicación y aprendizaje de las conductas.

Objetivo 5: Se utilizan las tarjetas del sistema Pecs, (ver apartado 2.8.1 y ANEXO IV). La forma de comunicarse o pedir es dando la tarjeta del objeto, alimento o acción que quería en ese momento. Si entregaba la tarjeta siempre se verbalizaba la palabra, así se fomenta la adquisición de esta. También se usaban tarjetas para reconocer los objetos y habitaciones de la casa.

Por ejemplo: un folio con una habitación, una cocina y un baño, en él tenía que colocar unos pictogramas (con adhesivo en la parte de atrás) de objetos pertenecientes a esas dependencias como una cama, una cuchara, un váter etc. Debía colocar cada uno de los objetos en su lugar. Se verbalizaban acciones como ¡comer! Cuando cogía la cuchara o ¡dormir! Con la cama, así también aprendía acciones (objetivo 6, ver ANEXO VI).

Por último también se hacía uso del pictograma de silencio (una cara con una mano simulando la acción de callar) en los momentos en que las ecolalias interrumpían trabajar o jugar (objetivo 28).

Como he mencionado en el párrafo anterior, el uso de tarjetas ha ayudado a aumentar el vocabulario al decir el nombre de lo que representaba cada tarjeta cuando el niño daba su tarjeta para pedir algo. Este sistema se ha utilizado también para el reconocimiento de familiares.

Con fotos de los diferentes miembros de la familia, se coge una de ella y se le repite el nombre de quién es. Estas fotos se han usado para; una vez que adquiría el nombre de cada uno respondiera a la pregunta ¿quién es?, objetivo 7.

Para los alimentos por ejemplo se le muestran fotografías de aquellos que son más deseados por él (en el caso de M. salchichón, zumo, galleta, chuches, pan, patatas, gusanitos y i-pad) y de la misma forma cuando cogemos una de las tarjetas, se verbaliza el nombre de lo que contiene. Esta actividad se ha usado para que responda a preguntas como ¿Qué es? O ¿Qué quieres? Del objetivo 7. Además, se hace hincapié durante el trabajo de mesa y floor time en verbalizar todo lo que se observa que el niño quiere, bien porque dirige su mirada hacia un objeto por ejemplo, o porque realiza algún acto comunicativo como darnos algo. También se ha reforzado todas las jergas o palabras que repite con entonaciones alegres (exclamaciones, ¡vuelta! A la vez que se le balanceaba dando una vuelta).

Con M. también se han usado nuevas tecnologías como por ejemplo el i-pad. A través de diferentes juegos por ejemplo, en los que aparecen animales o números que al tocarlos hacen sonidos o nos dice su nombre. Todas estas actividades han trabajado el objetivo 6.

Objetivo 8, comprensión de órdenes, se ha trabajado con encadenamiento hacia atrás, imitación ya que se había iniciado en el proceso imitativo, y apoyos (guía física).

Por ejemplo, para aprender a encender la luz, primero se le da la orden, seguidamente la terapeuta le coge la mano, se la lleva hasta el interruptor y presiona. Se refuerza con entonaciones alegres, ¡muy bien! Tras unos pocos ensayos se desvanecen los apoyos, es decir se deja que presione él solo, cuando lo hace, solo guiamos la mano hacia el interruptor, hasta que él solo responda a la orden.

Este procedimiento de encadenamiento hacia atrás, se ha utilizado para conductas de autonomía personal, por ejemplo hacer pipi, o los objetivos 32,33, y 34. Después de

haber enseñado cada proceso se le han disminuido los apoyos, si en algún momento M. se quedaba parado porque no sabía que más tenía que hacer se volvían a dar ayudas. Siempre se ha reforzado cada paso que ha realizado correctamente. En el caso del hacer pipi en el váter, se le dejaba usar el i-pad, ya que jugar con el era muy reforzador para el niño.

Para aumentar las estrategias de decisión, objetivo 9, durante la sesión se le propician situaciones en las que deba elegir qué es lo que quiere.

Por ejemplo: Una vez que sabe lo que son chucherías y salchichón, cuando se está trabajando con esas tarjetas se le pregunta ¿salchichón o chuches? Mostrándole cada alimento, si M. dirigía aunque fuese solo su mano hacia las chuches, se le repetía ¡chuches! Y se le daba una. Una vez que verbalmente tenía adquirida la palabra, no solo se le daba por válido el dirigir su mano hacia lo que quería sino que, se intentaba que fuese de forma verbal, repitiendo la pregunta un par de veces para darle la oportunidad de decir la palabra.

Los objetivos 10, 11 y 27 se han trabajado a través del cronograma y lo que se llama agenda de trabajo (ver ANEXO V). Ambos son un tablón de corcho, uno situado en el pasillo de casa y otro en la habitación donde se trabaja con el niño. En el primero los padres al empezar el día deben situar los pictogramas de las distintas actividades que se van a realizar durante el.

Por poner un ejemplo: Si tiene que ir al colegio se pone la foto del colegio, seguida de la foto de comer, si toca terapia después de comer, se ha de colocar la foto de la terapeuta que vaya ese día, si puede ver después la tele se coloca el pictograma con la televisión, cena y dormir. Se ha de mostrar al niño la agenda preparada para ese día y antes de comenzar cada actividad se lleva al niño hasta la agenda y se pregunta ¿qué toca?, M. cogía la tarjeta que correspondía (siempre es la primera que hay en el tablón) y se le repetía por ejemplo si era la del colegio, ¡colegio!. Seguidamente que da la tarjeta esta se retira del tablón y se guarda hasta el próximo día que nos haga falta. El segundo, la agenda de trabajo; es de igual forma, pero en ella aparecen las diferentes actividades que se van a realizar durante la sesión, al igual, antes de cada actividad debe darnos la tarjeta con la actividad que toca. Si en algún momento aparecía alguna rabieta se mostraba la tarjeta con la actividad, a la vez que se le decía por ejemplo: toca trabajar (si era el picto de trabajar) para hacerle entender que lo que en ese momento había que hacer era eso, además se intentaba consolar con palabras como: ya sé que no te gusta pero toca trabajar, te has enfadado, pobrecito, etc.

M. es un niño que necesita su tiempo para aceptar el contacto de otras personas, durante las sesiones de floor time y de juego, donde se creaba un vínculo emocional y afectivo era cuando más lo aceptaba y donde el niño incluso más se comunicaba, por lo que se aumentaron los tiempos dedicados a ello (objetivos 12 y 13). Además a los padres se les propuso dedicar cada día un tiempo de juego con él, independientemente cual fuese el progenitor para crear un vínculo más afectivo entre ellos.

El aprendizaje de números se ha trabajado a través de ejercicios académicos. Por ejemplo: en un papel en blanco, en la parte derecha se dibujaban los puntos que iban a servir de guía para que el niño escribiera el mismo número. La terapeuta sentada frente a él escribía el número 1. Seguidamente le daba el lápiz (a M.), y dirigiendo su mano hacia los puntos le ayudaba a seguirlos y conseguir que escribiera 1. El proceso se repitió varias veces, e incluso durante días, como en todos los procesos descritos hasta ahora, las ayudas se van desvaneciendo, hasta que con mostrar el número uno y sin ayuda de puntos copiaba el número. Esto se llevó a cabo con todos los números. Como anteriormente para la adquisición de palabras se repetía verbalmente cada número (esta actividad también se realizaba con las vocales, ver ANEXO VII Y IX). También se realizaron ejercicios de rodear, M. debía rodear una vez que tenía identificados más números, por ejemplo en número 1, el primero lo realizaba la terapeuta mientras daba la orden, ¡rodea el uno!, este tipo de ejercicios ayudaba a afianzar el círculo.

El emparejamiento de estímulos visuales se ha utilizado para los objetivos 22 y 26. Ya se trabajó con él el emparejamiento de objetos e imágenes sencillas como bolas, cucharas, tenedores, etc, con objetos reales. Para evitar la confusión entre formas y colores se usaron formas geométricas de color negro. Debía colocar las tarjetas (con adhesivo) si eran de círculos con un círculo grande dibujado en un papel, de igual forma con los triángulos y cuadrados. Otra forma era mostrar la tarjeta con un círculo, seguidamente se le pedía que nos diera un círculo, de las tarjetas que él tenía sobre la mesa (ver ANEXO VIII).

Por último el objetivo 29 se trabajó durante la hora de la comida a través de apoyos, enseñándole la forma correcta de coger los cubiertos, pinchar la comida, etc. Para la incorporación de alimentos nuevos y sólidos (objetivos 30 y 31) debía comer la comida que ese día tocara en casa. Hasta el momento solo comía lo que le gustaba y en puré. Si la textura del nuevo alimento no le gustaba (presenta sensibilidad a las texturas) se le permitía no comérselo entero, pero debía probar al menos un trozo. De esta forma se incorporaban sabores y sólidos a la alimentación del niño.

*Aunque en un principio no se establecieron como objetivos, la evolución y desarrollo de habilidades posibilitó introducir la lectura global, es decir, asociar una imagen con una palabra, y “quiero” para pedir de forma verbal, en un principio a través de pictogramas para después eliminarlos y que la petición sea sólo verbal. Para la lectura global se utilizan las mismas fotografías que se usan para pecs, la diferencia es que estas durante el trabajo de mesa van a estar junto a otros pictogramas donde aparecen las palabras escritas que corresponden a esas fotografías (Ver ANEXO IV). El primer paso fue que identificara palabra a palabra para luego pasar a la discriminación entre dos, tres, y así sucesivamente hasta que consiguió la discriminación y reconocimiento de las ocho palabras que ya estaban adquiridas verbalmente. Como en todas las actividades que se llevan a cabo se refuerzan aquellos ensayos que realiza correctamente, en este caso se refuerza con los alimentos de los pictogramas.

He de especificar que en el momento en que aprendía a discriminar entre dos o cuando discriminaba los ocho pictogramas, no se le proporcionaban los ocho

alimentos, sino que se utiliza la actividad para trabajar la toma de decisiones (objetivo 9) y se le daba la oportunidad de elegir por ejemplo entre patatas y salchichón si ambas habían sido asociadas y verbalizadas correctamente.

El aprendizaje de “quiero” surgió dentro de las sesiones de Floor Time por lo que no fue necesario utilizar la carpeta de pecs. Ya se había iniciado en la comunicación a través de los pictogramas, los utilizaba para pedir. Durante una de las sesiones cuando pedía “vuelta” se le repetía la palabra precedida de “quiero” (quiero vuelta). Tras varios ensayos, M. automáticamente pedía “quiero vuelta”, de esta misma forma se hizo con los alimentos, cada vez que verbalizaba uno de ellos se le repetía la palabra precedida nuevamente de “quiero” reforzando ofreciéndole el alimento. Al igual que pasó durante las sesiones de Floor Time, tras varios ensayos pedía a través de “quiero”.

Para el tiempo destinado al juego estructurado o semi-estructurado, se utilizan diferentes juegos, bien de los que están en casa, lo cuales no utiliza para su juego habitual, o los que ese día trae para él la terapeuta. Cada juego está pensado para trabajar alguno de los objetivos y se repiten los juegos más motivantes para el niño. En el caso de M.:

- Peces de colores: Consiste en pescar con una pequeña caña los peces de diferentes colores. Se pedía un color en particular para asentar el reconocimiento de colores y se podía trabajar los turnos, es decir, me toca- te toca.
- Aros de colores: Debía introducir los aros de distintos colores en un palo horizontal que estaba situado en el suelo. Se trabajaban los colores y los turnos como en el caso anterior.
- Casita de animales: Toboganes por donde se desplaza a los animales. Se verbaliza el nombre de cada animal para incorporarlo en su lenguaje.
- Bolos: Tirar los bolos con ayuda de una pelota. Este juego también trabaja los turnos, me toca- te toca.
- Mr. Potato: patada de peluche a la que se le pueden poner las diferentes partes que componen la cara (ojos, boca, etc) además de complementos como gafas, sombrero, etc. En este caso se trabaja los elementos de los que se compone una cara, para una vez adquiridas pasar a discriminar entre las partes del cuerpo.

En el juego libre se da libertad para jugar con aquello que el niño desee después de trabajar. Cuando se le mostraba el pictograma de jugar él decidía con que jugaría, en algunas ocasiones se le permitía jugar con el i-pad ya que es el juego más reforzador para M.

3.6 RESULTADOS

TABLAS DE REGISTRO RESULTADOS (pre-evaluación)

ACCIONES				
	SI	NO	EN PROCESO	OBSERVACIONES
SEÑALAR		x		
APLAUDIR		x		
BESOS	x			Durante floor time si la terapeuta se acerca y le da mimos, el responde de la misma manera, es decir si le da besos, él también.
ADIÓS		x		
CRUZAR BRAZOS		x		

VOCABULARIO				
	SI	NO	EN PROCESO	OBSERVACIONES
ANIMALES	x			Tiene un vocabulario escaso (gallina, elefante, caballo y cerdo)
COLORES			x	Solo nombra alguna vez siempre que se le diga antes qué color es
PARTES CUERPO			x	Nombra solo algunas sin decirle que parte es
NÚMEROS			x	Solo verbaliza un número si previamente se le dice qué número es, y si se le repite la serie ¡uno, dos y ...! Es capaz de decir ¡tres!
ALIMENTOS		x		
VOCALES		x		
PERSONAS FAMILIARES			x	Solo dice los nombres si previamente la terapeuta dice quién es
¿QUÉ ES?		x		
¿QUÉ QUIERES?		x		
¿QUIÉN ES?		x		Lo califico como no porque por sí solo no es capaz de identificar a los familiares, solo repite nombres

COMPRENSIÓN DE ÓRDENES				
	SI	NO	EN PROCESO	OBSERVACIONES
VEN	x			
SIÉNTATE	x			
ENCIENDE LA LUZ			x	
ABRE LA PUERTA			x	
COGE	x			
PON	x			
HAZ PIPI	x			Lo tiene adquirido pero durante el proceso, levanta tapa, bajar pantalón,etc necesita ayuda

SIMBOLIZACIÓN				
	SI	NO	EN PROCESO	OBSERVACIONES
RECONOCIMIENTO DE FAMILIARES		x		No reconoce, solo repite nombres si previamente se le ha dicho
RECONOCIMIENTO DE FORMAS GEOMÉTRICAS (CÍRCULO, TRIÁNGULO, CUADRADO)			x	Solo reconoce el círculo en actividades de rodear
RECONOCIMIENTO DE NÚMEROS			x	Solo reconoce el 1,2 y 3
RECONOCIMIENTO DE COLORES		x		No reconoce, solo nombra si previamente se le ha dicho qué color es
RECONOCIMIENTO DE OBJETOS DE USO DIARIO (CUCHARA, TENEDOR, CAMA, BAÑERA...)			x	Solo reconoce los de comer, los demás los identifica pero con fallo, en algunos caso necesita guía física para situarlos
REALIZACIÓN DE PUZLES (20 PIEZAS)	x			
HABILIDADES MANUALES (CORTAR, PEGAR, BOLITAS..)	x			
GRAFOMITRICIDAD (CIRCULOS, TRIÁNGULOS Y CUADRADOS)			x	Solo realiza correctamente el círculo, en los demás necesita guía física

AUTONOMÍA PERSONAL				
	SI	NO	EN PROCESO	OBSERVACIONES
COMER SOLO			✗	Necesita ayuda
ACEPTACIÓN DE NUEVOS ALIMENTOS			✗	De los días observados alguno sí, otros mostraba resistencia con rabietas
LAVARSE LAS MANOS			✗	Necesita ayuda
LAVARSE LOS DIENTES			✗	Necesita ayuda
HACER CACA EN EL VÁTER			✗	Necesita ayuda en el proceso, además a veces se lo hace encima
HACER PIPI EN EL VÁTER			✗	Necesita ayuda en el proceso, aunque siempre lo hace en el váter

(Post-evaluación)

ACCIONES			
	APRENDIZAJE CON CAMBIOS		
	SI	NO	OBSERVACIONES
SEÑALAR	✗		Antes de coger el picto de salchichón lo señaló para pedirlo
BESAR		✗	
APLAUDIR		✗	
ADIÓS		✗	
CRUZAR BRAZOS		✗	

VOCABULARIO			
	APRENDIZAJE CON CAMBIOS		
	SI	NO	OBSERVACIONES
ANIMALES	✗		Ha aprendido gato y perro
COLORES	✗		Nombra todos los colores que se le muestran
PARTES CUERPO		✗	
NÚMEROS	✗		Ha aprendido a verbalizar además del 1,2, y 3 el 6 y 8
ALIMENTOS	✗		Ha adquirido, patata, salchichón, zumo, chuches, pan, galleta y gusanitos
VOCALES	✗		Las reconoce aunque fallar alguna vez
PERSONAS FAMILIARES	✗		Reconoce a papá mamá, hermana y cuidadora
¿QUÉ ES?	✗		Si se le pregunta por alimentos por ejemplo responde salchichón
¿QUÉ QUIERES?	✗		Si tenemos alimentos elige cuál quiere
¿QUIÉN ES?	✗		Responde a la pregunta cuando se le muestra el picto familiares y cuidadora

COMPRENSIÓN DE ÓRDENES			
	APRENDIZAJE CON CAMBIOS		
	SI	NO	OBSERVACIONES
ENCIENDE LA LUZ	x		Realiza la orden cada vez que se le pide
ABRE LA PUERTA		x	Tiene adquirida la acción pero solo la realiza cuando él quiere
HAZ PIPI	x		Lo ha adquirido, no necesita ayuda para el proceso (levantar tapa, bajar pantalón...)

SIMBOLIZACIÓN			
	APRENDIZAJE CON CAMBIOS		
	SI	NO	OBSERVACIONES
RECONOCIMIENTO DE FAMILIARES	x		Reconoce el picto de todos los familiares y cuidadora
RECONOCIMIENTO DE FORMAS GEOMÉTRICAS (CÍRCULO, TRIÁNGULO, CUADRADO)		x	Solo reconoce el círculo en actividades de rodear
RECONOCIMIENTO DE NÚMEROS	x		Reconoce además del 1,2,3 el 6 y 8
RECONOCIMIENTO DE COLORES	x		Reconoce todos los colores
RECONOCIMIENTO DE OBJETOS DE USO DIARIO (CUCHARA, TENEDOR, CAMA, BAÑERA...)	x		Reconoce todos los objetos de uso diario que se le estaban enseñando
GRAFORMITRICIDAD (CIRCULOS, TRIÁNGULOS Y CUADRADOS)		x	Solo realiza correctamente el círculo, en los demás necesita guía física

AUTONOMÍA PERSONAL			
	APRENDIZAJE CON CAMBIOS		
	SI	NO	OBSERVACIONES
COMER SOLO		x	Necesita ayuda
ACEPTACIÓN DE NUEVOS ALIMENTOS	x		Come lo que se le pone en el plato, aunque sea solo un trozo, prueba
LAVARSE LAS MANOS	x		Ha adquirido todo el proceso (abrir grifo, echar jabón...)
LAVARSE LOS DIENTES	x		Ha adquirido todo el proceso, coger cepillo, echar pasta de dientes...)
HACER CACA EN EL VÁTER	x		Lo realiza pero necesita ayuda para limpiarse y limpiar váter
HACER PIPI EN EL VÁTER	x		Ha adquirido todo el proceso (subir tapa, bajar pantalón...)

Atendiendo a las tablas de registro puede observarse como después de cinco meses de intervención, utilizando tanto el modelo Lovaas como los principios en los que se basa el modelo DIR y dentro de este, la estrategia Floor Time; la mayoría de los objetivos han sido adquiridos, e incluso la evolución del niño dio lugar a la aparición de nuevos objetivos que en el momento de la post- evaluación estaban adquiridos. Desde mi punto de vista debemos atender en primer lugar a los objetivos de comunicación o adquisición de lenguaje. En el momento de pre-evaluación tanto comunicación como lenguaje estaban ausentes en la conducta de M., si comprobamos los resultados, en post-evaluación, se ha adquirido un repertorio de palabras, e incluso, se ha iniciado en la comunicación, entendida esta como el intercambio de cualquier tipo de información, mediante habla, escritura u otro tipo de señales. En segundo lugar, todos los objetivos que se han trabajado guardan cierta relación con el tema, incluso en aquellos destinados a la adquisición de habilidades cognitivas también se estaba trabajando lenguaje lo que favoreció el aumento del lenguaje verbal y el inicio del niño en el proceso de la comunicación. Por lo que la intervención llevada a cabo por el centro ha sido y sigue siendo necesaria para el desarrollo de M.

3.7 DISCUSIÓN

Existen numerosos tratamientos para trabajar autismo, unos mejores que otros. Los más aceptados son los modelos basados en la Modificación de Conducta como el modelo Lovaas, aunque la mejor opción para trabajar con niños autistas es la combinación de varios modelos. Quizás esta sea una de las claves por la que la intervención llevada a cabo por el centro logre alcanzar los objetivos marcados. Otro aspecto importante es el trabajo que se realiza en el área afectiva, ya que este área comanda el desarrollo de otras como pueden ser el área cognitiva y el lenguaje. Es por ello que no debemos olvidar el vínculo afectivo y emocional que se forma durante Floor Time y la importancia de incorporar esta actividad en terapia. A través de esta estrategia se van ofreciendo oportunidades para que el niño exprese emociones, deseos e intenciones, lo cual favorece a la conducta comunicativa. Es en este momento, en el inicio de la intención comunicativa cuando aparecen los primeros indicios de interacción social. Ya se ha establecido el primer contacto con sus emociones, en un principio solo son emociones básicas de dolor y placer que le facilitan la comprensión y reconocimiento de emociones en los demás (TM). La teoría de la Mente nos proporciona un mecanismo preparado para comprender el comportamiento social. Todo autista se enfrenta a una serie de dificultades de comprensión del mundo, lo que dificulta la toma de decisiones o lo que es igual, llevar a cabo una vida independiente, sintiéndose como un extraño en un mundo completamente social. La comunicación no evita estas dificultades pero ha de ser considerada como el eslabón previo e imprescindible para introducir al niño en la comprensión del mundo social.

La intervención siempre ha de estar basada y pensada para la mejora de la persona con autismo. Dentro del abanico de posibilidades de intervención la combinación de Lovaas y DIR, a nivel personal, son los dos modelos de referencia para trabajar en autismo. El primero, por ser de los más eficaces y aceptados al trabajar Modificación de Conducta y el segundo por estar centrado en las emociones. Desde mi punto de vista, y al igual que otros autores, considero que trabajar el área afectiva proporciona el desarrollo de otras áreas y además facilita la adquisición de habilidades cada vez más complejas. Por lo que se ha de priorizar el trabajo emocional. Por último quisiera resaltar como menciona Lovaas en su manual *“Enseñanza de niños con autismo”*, que ninguna intervención soluciona el problema, a pesar de ello, los diferentes modelos proponen distintas formas de trabajar con niños autistas y están pensados para mejorar la calidad de vida tanto del niño con trastorno como de sus familiares, por lo que ante un caso de autismo, independiente del nivel es necesario plantear la posibilidad de realizar una intervención por parte de un personal cualificado y formado en el trastorno.

5. Valoración personal

La realización de prácticas a través del centro de intervención ha sido para mí un proceso de aprendizaje tanto a nivel profesional como personal. A nivel profesional me han aportado la capacidad para trabajar con niños con trastorno de espectro autista. Además de aumentar mis conocimientos teóricos; me ha aportado la parte más importante para un profesional, la práctica. El papel de observador me ha permitido aprender la forma de trabajar de otras personas a la vez que sirve de conexión con la formación teórica adquirida durante la formación académica. Visualizar prácticas de modificación de conducta me ha facilitado saber de qué forma pueden ser utilizadas, objetivos por lo que se aplica, así como evitar errores que de forma común pueden surgir durante la sesión. Esta parte no solo me da la capacidad o el conocimiento de cómo trabajar con TEA, son técnicas que pueden ser aplicadas a niños sin trastornos del desarrollo lo cual amplía mi formación para trabajar psicología clínica. A nivel personal ha sido una grata experiencia compartir con los niños cada sesión, quizás innumerables las cosas aprendidas con ellos, aunque sí quiero destacar la más importante, un motivo más para saber que la psicología es una de las ciencias más importantes para el ser humano.

ANEXO

ANEXO I

IDEA (Inventario De Espectro Autista)

A continuación se muestran los ítems que conforman el inventario de A. Rivière:

1- Relaciones Sociales

Dimensión:	Puntuación:
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relaciones con iguales o con adulto.	
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales.	
Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que como iniciativa propia.	
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender las sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	
No hay trastorno cualitativo de la relación.	

2- Capacidades de referencia conjunta.

Dimensión:	Puntuación:
Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones.	
Acciones conjuntas simples, sin miradas "significativas" de referencia conjunta.	
Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas.	
Pautas establecidas de atención y acción conjunta, pero no preocupación conjunta.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta.	

3- Capacidades intersubjetivas y mentalistas.

Dimensión:	Puntuación:
Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (por ejemplo, intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas.	
Respuestas intersubjetivas primarias, pero sin ningún indicio de que se vive al otro como "sujeto".	
Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de la T.M. (Teoría de la Mente).	
Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea TM de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado.	
No hay trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.	

4- Funciones comunicativas

Dimensión:	Puntuación:
Ausencia de comunicación (relación intencionada, intencional y significativa) y de conductas instrumentales con personas.	
Conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico (por ejemplo, "pedir"), sin otras pautas de comunicación.	
Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico), pero no para compartir experiencias o cambiar el mundo mental.	
Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., con escasas "cualificaciones subjetivas de experiencia" y declaraciones sobre el mundo interno.	
No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas.	

5- Lenguaje expresivo.

Dimensión:	Puntuación:
Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	
Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagmas y oraciones.	
Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecológicas, pero que no configuran discurso o conversación.	
Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación flexible en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas.	
No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo.	

6- Lenguaje receptivo.

Dimensión:	Puntuación:
"Sordera central." Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuesta a órdenes, llamadas o indicaciones.	
Asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que los enunciados se asimilen a un código.	
Comprensión literal y poco flexible de los enunciados, con alguna clase de análisis estructural. No se comprende el discurso.	
Se comprende el discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión.	

7- Anticipación.

Dimensión:	Puntuación:
Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica (por ejemplo, películas de vídeo). Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias.	
Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios.	
Incorporadas estructuras temporales amplias (por ejemplo "curso" versus "vacaciones"). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos.	
Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de anticipación.	

8- Flexibilidad.

Dimensión:	Puntuación:
Predominan las estereotipias motoras simples.	
Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios nimios.	
Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas.	
Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcional y flexible. Rígido perfeccionismo.	
No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad.	

9- Sentido de la actividad

Dimensión:	Puntuación:
Predominio masivo de las conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad.	
Sólo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no las hay, se pasa al nivel anterior.	
Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes y cuya motivación es externa.	
Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y se desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones biográficas en que se inserten.	
No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad.	

10- Ficción e imaginación.

Dimensión:	Puntuación:
Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.	
Juegos funcionales poco flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados.	
Juego simbólico, en general poco espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.	
Capacidades complejas de ficción que se emplean como recursos de aislamiento. Ficciones poco flexibles.	
No hay trastorno cualitativo de las competencias de ficción e imaginación.	

11- Imitación.

Dimensión:	Puntuación:
Ausencia completa de conductas de imaginación.	
Imitaciones motoras simples, evocadas, no espontáneas.	
Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	
Imitación establecida. Ausencia de modelos internos.	
No hay trastorno de las capacidades de imitación.	

12- Suspensión.

Dimensión:	Puntuación:
No se suspenden pre acciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas.	
No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos enactivos. No hay juego funcional.	
No se suspenden propiedades reales de las cosas o situaciones para crear ficciones y juego de ficción.	
No se dejan en suspenso las representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión.	

3- Criterios para puntuar

Cada dimensión presenta una escala de 0 a 8 puntos en intervalos de 2 (0, 2, 4, 6, 8). La puntuación 8 corresponde a un nivel de máxima afectación en esa dimensión y 0 sería el mínimo (ausencia de alteraciones significativas en esa dimensión). Son posibles también puntuaciones impares cuando se considere que la persona evaluada se sitúa, en esa dimensión, en un punto intermedio entre dos ítems consecutivos. También hay que tener en cuenta que cuando el sujeto evaluado presente las características en dos ítems consecutivos en una misma dimensión, se aplica la norma de otorgar la puntuación más baja.

ANEXO II

Pecs



Pictogramas



Carpeta de trabajo con pecs



Colocación de pecs para pedir

ANEXO III

Fase 1. Anotación: Siempre se ha de trabajar esta fase con dos personas, es recomendable que sea a la madre a quien tiene que darle la tarjeta y la terapeuta quien lo apoya. No se utiliza panel. Cuando entrega la tarjeta se le nombra lo que ha pedido. La tarjeta se pone cercana al niño, y se le apoya físicamente a cogerla y entregarla rápidamente.

Solo una tarjeta por vez, aunque se le puede cambiar el objeto que solicita. Debemos estar muy seguros de que es lo que quiere en ese momento. No hay incitación verbal, ni se le abre la mano hasta que coge la tarjeta. Se dan refuerzos verbales pero siempre después de nombrar la palabra.

Fase 2. Anotación: Se empieza a utilizar la carpeta. Solo se utiliza una tarjeta. Se aumenta la distancia del niño, y se le va apoyando para que nos la entregue. Debemos mostrarnos menos atentos (haciendo cosas, despistados, etc.), y los enseñamos a captar nuestra atención. Nos vamos metiendo dentro de otras habitaciones. Vamos cambiando de persona que recoge las tarjetas y también de tarjetas. Cada objeto estará representado por diferentes imágenes. Se eliminan las pistas físicas (posiciones y posturas de la terapeuta para que no aprenda de forma rígida). Nunca corregimos, sino que volvemos al último paso y lo repetimos otra vez.

Fase 3. Anotación: Solo hace falta una persona. Hay que evaluar que es lo que no le interesa al niño. Se ponen 2 tarjetas, una de ellas es un distractor. Sujetamos los dos objetos con una misma mano. En el momento en que ya toca la tarjeta hay que reforzarlo diciendo: “muy bien”, pero no se dice el nombre hasta que no entrega la tarjeta. Cuando coge la tarjeta equivocada no se le refuerza verbalmente, y se le coge la tarjeta y se le enseña el objeto. Se le deja que lo toque pero no que lo coja. Se le vuelve a hacer otro ensayo y se le apoya para que no falle, ya sea: tapando el distractor, señalando el correcto, etc. Cuando entrega la tarjeta se le dice “globo (por ejemplo) y se le enseña el objeto junto con la tarjeta (NO SE LE ENTREGA PORQUE LE HEMOS DADO APOYO). Se le distrae un poco, se juega con él, antes de volver a hacer otro ensayo. Se le vuelve a hacer otro ensayo otra vez sin ninguna ayuda: Si coge la correcta se le refuerza. Si coge la incorrecta, vuelve a repetir todos los pasos anteriores de la otra vez que falló.

Fase 4. Anotación: Esto es un aprendizaje secuencial, porque el proceso de elección requiere varios pasos. Es en esta fase cuando se empieza a utilizar la tarjeta “quiero”. El proceso de enseñanza es “encadenamiento hacia atrás”: Nosotros somos quien ponemos la tarjeta “quiero” en el cartón que se le entrega. El niño cuando coge la tarjeta del objeto deseado, al darla, lo conducimos hacia el cartón que se entrega. (Este cartón debe ser de otro color). La tarjeta “quiero” no está puesta, y en el momento en que va a coger la tarjeta del objeto lo apoyamos para que coja y ponga la del “quiero”.

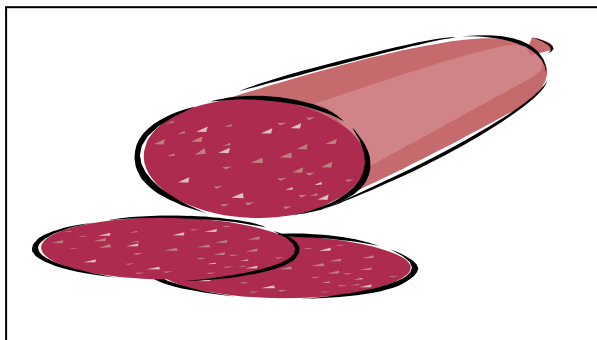
Los pasos que hay que desvanecer va a depender del niño. En el momento en que iniciamos la fase 4, ya decimos “quiero...”. En el momento en que ya es capaz de hacer todo el proceso de poner ambas tarjetas y entregar el cartón, entonces se empieza a leer, es decir, no se hace tan inmediata la entrega.

Fase 5. Anotación: Para dar por válida la respuesta ha de escoger la tarjeta correspondiente, y en caso de que lo tenga adquirido también en expresivo intentar que el niño verbalice la palabra unida al “quiero”.

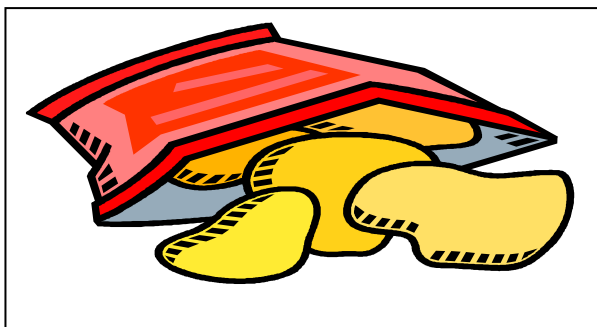
ACTIVIDADES

(Réplica)

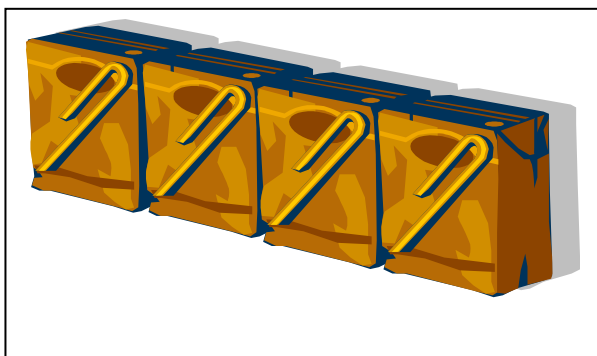
Pictogramas (Pecs)



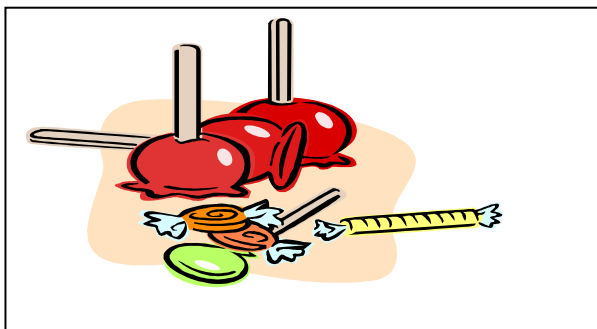
SALCHICHON



PATATAS



ZUMO



CHUCHES



GALLETA



PAN



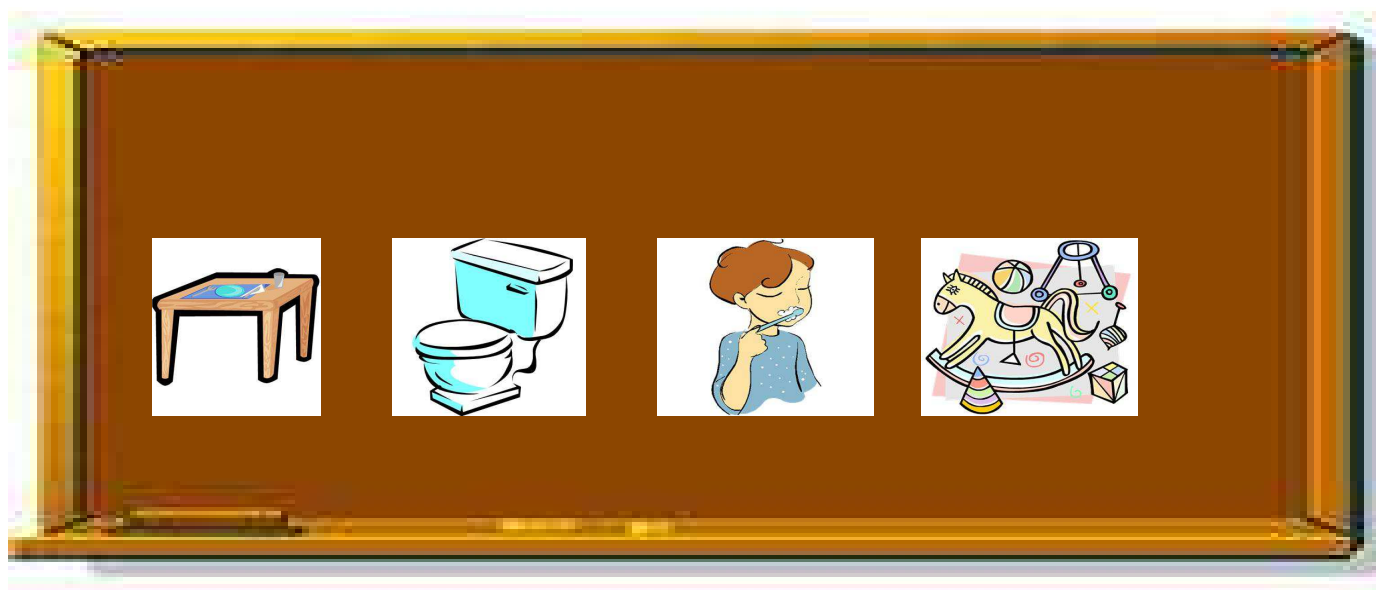
I-PAD

ANEXO V

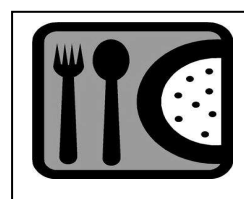
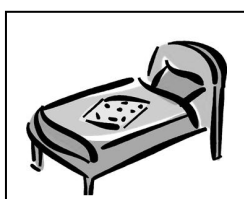
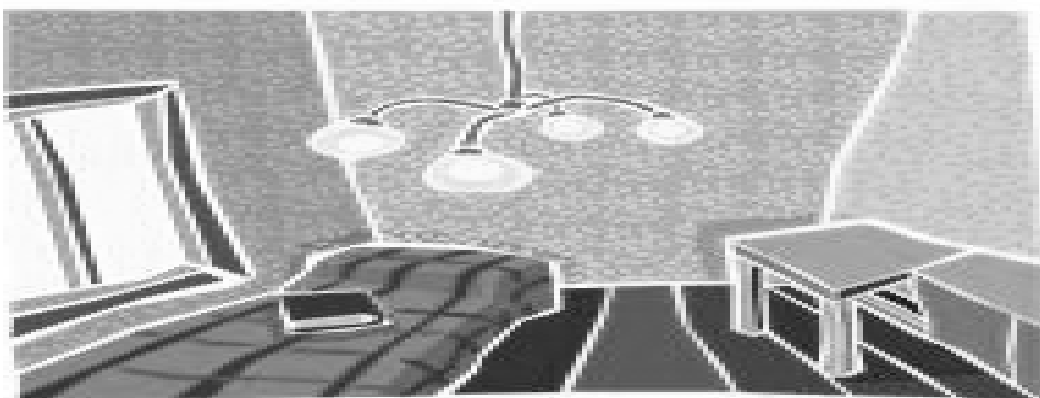
Cronograma



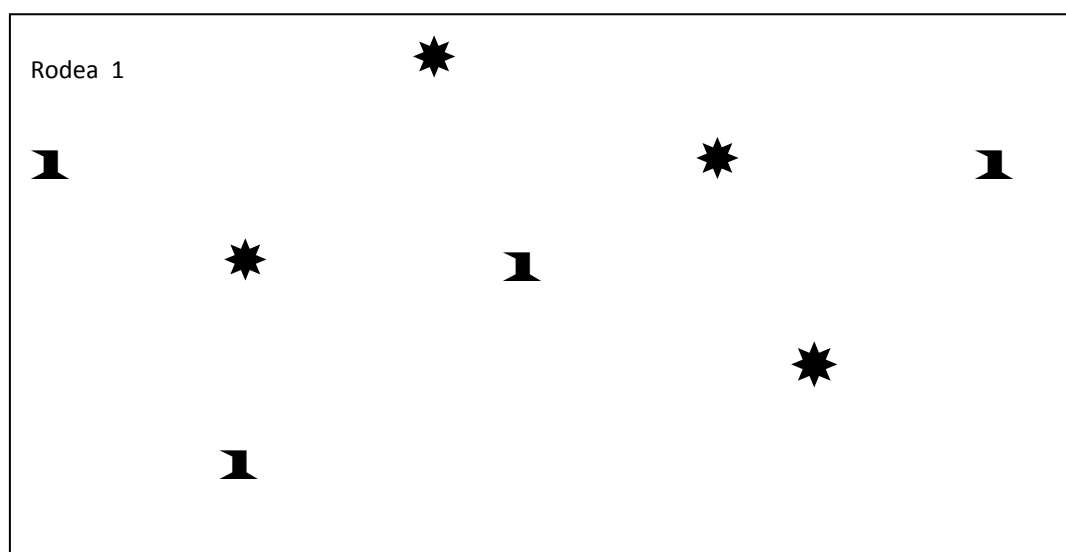
Agenda



ANEXO VI
Coloca (Orden, pon)

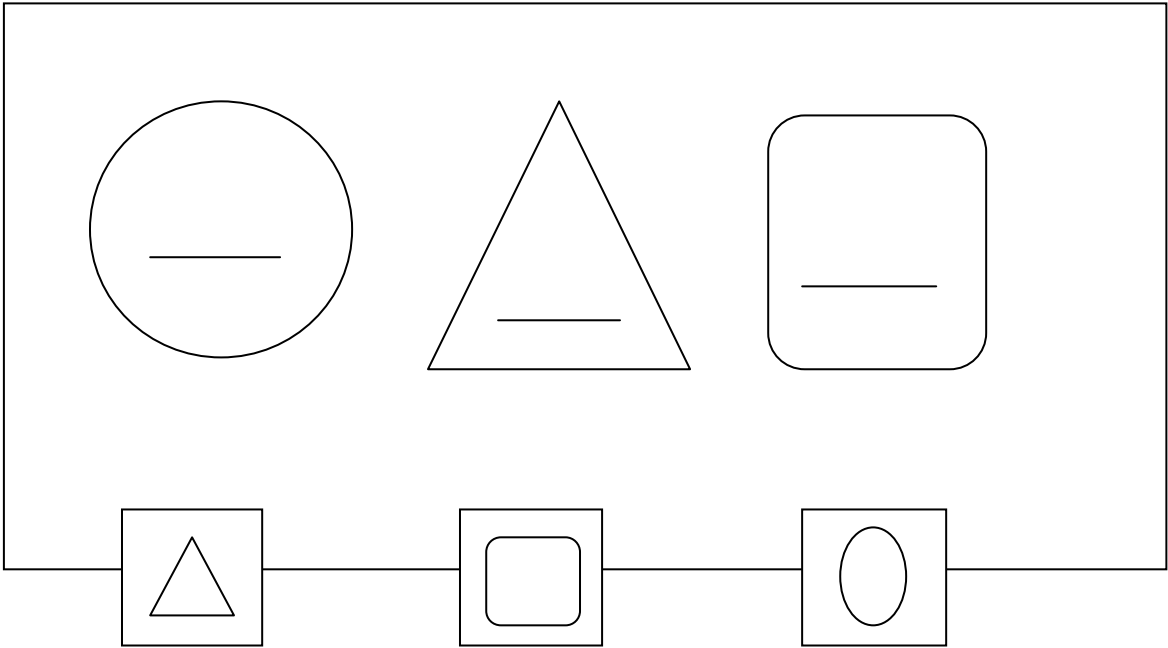
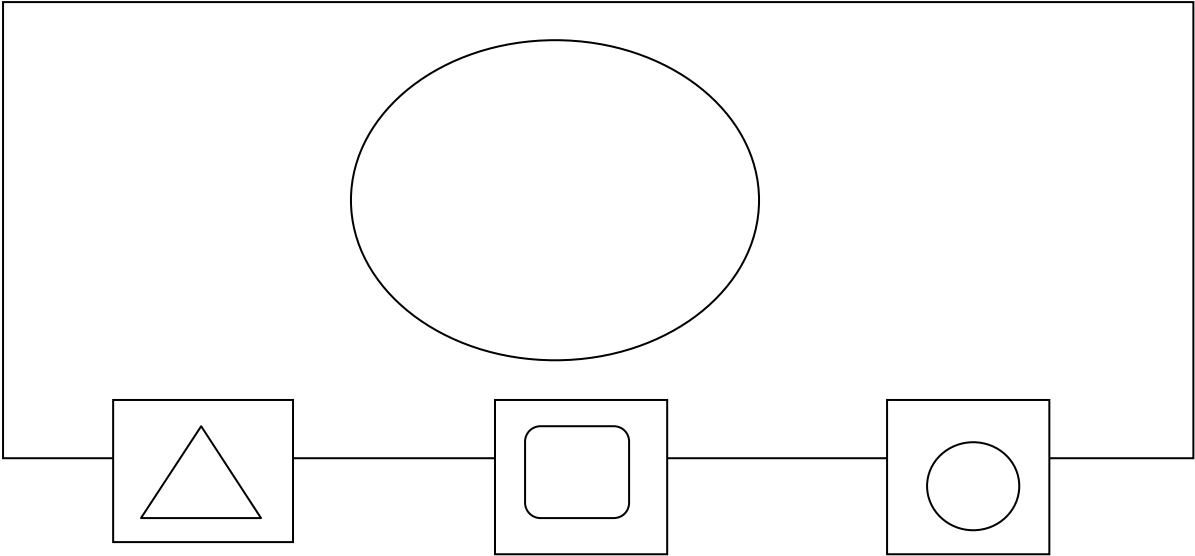


ANEXO VII

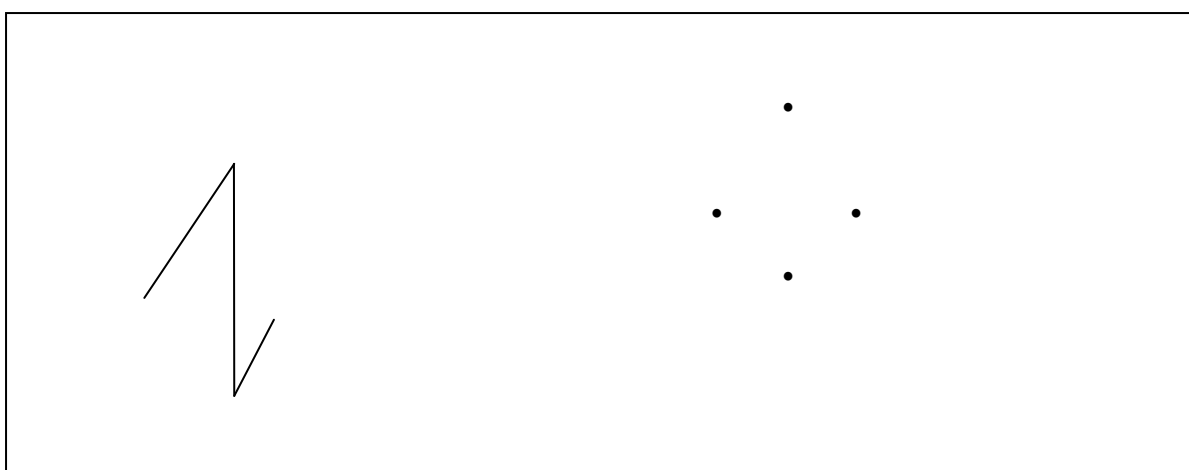


ANEXO VIII

Dame



ANEXO IX
Dibuja



Referencias bibliográficas

- Asperger, H. (1944). *Autistischen Psycopathen*. Traducción De U. Frith en U. Frith. (1991). *Autism and Aperger Syndrome*. Cambridge: University Press.
- Breinbauer, C. (2006). Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al modelo DIR y la terapia Floor Time o Juego Circular. Transiciones. *Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*, (11) 1-12.
- Greenspan SI. (1995). *The Challenging Child: Understanding, Raising and Enjoying the Five Difficult: Types of Children*. Massachusetts: Addison Wesley Publishers.
- Greenspan SI, Wieder S. (1997). *The Child with Special Needs*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Greenspan, S.I., Wieder S. (2006). *Infant and Early Childhood Mental Health. A Comprehensive Developmental Approach to Assessment and Intervention*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Greenspan SI, Wieder S. (2006). *Engaging Autism: The Floortime Approach to helping Children Relate, Communicate and Think*. Perseus Books. www.perseusbooksgroup.com
- Kanner, L. (1943), *Autistic disturbances of affective contact*, *Nervous Child*, 2, pp. 217-250. Reimpreso en L. Kanner, *Childhood Psychosis: Initial Studies and New Insights*, Washington DC: V.H. Winston.
- Folstein, S. y Rutter, M. (1977). Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 297-321.
- Frith, U. (1989). *Autismo. Hacia una explicación del enigma*. Traducción de Celina González Serrano. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- López-Ibor Aliño, J.J, dir. (2007). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson D.L.
- Lovaas, O. (1981). *Enseñanza de niños con trastornos del desarrollo*. Traducción de Victoria del Barrio. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Mulas, F. (2005). *Autismo Infantil*. Barcelona: Vigueras Editores S.L.
- Mulas F, Ros-Cervera G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Téllez de Meneses M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50 (3), 77-84.

- Martín, E. (2010). Los sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación. *Pedagogía Magna*. (5), 80-88.
- Organización Mundial de la Salud, ed. (1992). Cie-10.Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor D.L
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral y Brain Sciences*, 7, 515-526.
- Rivière, A. (1998). *El tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: principios generales*. En Rivière, A. y Martos, J. (Comp). *El tratamiento del autismo*. Nuevas perspectivas. Madrid: APNA-IMSERSO.
- Rivière, A. (2000). *¿Cómo aparece el autismo?. Diagnostico temprano e indicadores precoces del trastorno autista*. En Rivière, A. y Martos, J. (Comp). *El niño pequeño con autismo*. Madrid: APNA.
- Roberts J, Prior, M. (2006). *A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention of children with autism spectrum disorders*. Australia: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Soto Calderón, R. (2007). Comunicación y lenguaje de personas que se ubican dentro del espectro autista. Revista electrónica, *Actualidades Investigativas en Educación*, 7, (2), 1-16.
- Tamarit, J. (1989). Uso y abuso de los Sistemas Alternativos de Comunicación. *Comunicación, Lenguaje y Educación*, 1. Madrid. 81-94.
- Trevarthen, C et al. (1996). *Children with autism*. London: [s.n].
- Wing, L. Gould, J. (1979). *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification*. [s.n]
- Wing, L. (1991) *The relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism*. In Frith U, eds. *Autism and Asperger's syndrome*. Cambridge: University Press.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

- Programa de comunicación Total-Habla signada de Beson Schaeffer.
<http://www.aumentativa.net>
Visitado 15/04/2013
- Sistema aumentativo de comunicación por intercambio de imágenes. Pecs.
<http://www.pecs-spain.com/pecs.php>
Visitado 15/04/2013
- Instrumentos de evaluación.
<http://www.psicodiagnosis.es>
Visitado 12/04/2013

